

regards

PROTECTION SOCIALE

DOSSIER

RÉGIMES DE BASE ET COMPLÉMENTAIRES

Regards
d'un grand témoin,
Antoine DURLEMAN



ÉCOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

regards

PROTECTION SOCIALE

**Revue bi-annuelle publiée
par l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale**

27 rue des Docteurs Charcot

CS 13132

42031 Saint-Étienne Cedex 2

Tél : +33(0)4 77 81 15 15

www.en3s.fr

Directeur de la publication :

Dominique Libault

Directeur général de l'EN3S

Comité de rédaction

Président du comité de rédaction

Dominique LIBAULT Directeur de l'EN3S
Vice-Président du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Membres *(par ordre alphabétique)*

Pierre ALBERTINI Directeur général de la CPAM de Paris

Gilles ARZEL Directeur des CPAM Béarn, Soule et Bayonne

Jean-Marc AUBERT Directeur Conseil et Services, IMS HEALTH

Jean-François CHADELAT Inspecteur général des affaires sociales honoraire

Alain CHAILLAND Conseiller référendaire à la Cour des comptes

Julien DAMON Professeur associé à Sciences-Po, Conseiller scientifique de l'EN3S

Marion DELSOL Directrice du laboratoire IODE – Institut de l'Ouest Droit et Europe

Benjamin FERRAS Inspecteur général des affaires sociales, IGAS, Conseiller – Cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la santé

Philippe GEORGES Inspecteur général des affaires sociales honoraire

Jean-Louis HAURIE Directeur, CAF de Paris

Gilles HUTEAU Professeur en Protection sociale à l'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP)

Albert LAUTMAN-VIDAL Directeur général de la Fédération Nationale de la Mutualité française

Gautier MAIGNE Chef du département Société, institutions et politiques sociales, France stratégie

Jérôme MINONZIO Rédacteur en chef de la revue Informations sociales, CNAF

Dominique POLTON Conseillère auprès du Directeur général de la CNAMTS

Xavier PRÉTOT Conseiller à la Cour de cassation, ancien Professeur associé à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)

Vincent RAVOUX Directeur du réseau des CAF, CNAF

Philippe RENARD Directeur de l'URSSAF d'Ile-de-France

Diane ROMAN Professeure de droit public, membre de l'Institut universitaire de France

Les opinions exprimées et les arguments employés dans les articles sont la responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux de leur employeur ou de l'EN3S, éditeur de la revue.

PAGE 5 | **Sommaire**

PAGE 9 | **Édito**
Par Dominique LIBAULT, Directeur de l'EN3S

PAGE 11 | **Grand témoin :**
Antoine DURRLEMAN, *Président de la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes*

1 DOSSIER CENTRAL : RÉGIMES DE BASE ET COMPLÉMENTAIRES

PARTIE A : HISTOIRE ET PANORAMA

PAGE 25 | **AGIRC – ARRCO :**
le troisième âge des retraites complémentaires
Par François CHARPENTIER, *journaliste spécialisé à l'agence « Le fil social » et à « latribune.fr »*

PAGE 35 | **Histoire des complémentaires maladie**
Par Jean-François CHADELAT, *Inspecteur Général des Affaires Sociales honoraire et Président d'Honneur du Fonds CMU*

PAGE 45 | **Les organismes complémentaires en santé**
Par Catherine ZAIDMAN, *Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)*

PAGE 57 | **Les régimes de retraites complémentaires aujourd'hui**
Par Philippe LAFFON, *Secrétaire général du Haut Conseil du financement de la protection sociale*

PAGE 69 | **L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?**

Par Valérie PARIS, économiste à l'OCDE

Et par Dominique POLTON, conseillère auprès du Directeur de la CNAMTS

PAGE 81 | **Complémentaire frais de santé obligatoire d'Alsace et de Moselle : reste-t-il une place pour du droit national d'application territoriale ?**

Par Francis KESSLER, Avocat, maître de conférence à l'université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne

PAGE 93 | **Les fonds de pension à la française**

Par Philippe DESFOSSÉS, Directeur de l'Établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP)

PARTIE B : SYNERGIES ET EFFETS OBSERVÉS

PAGE 109 | **Les retraites complémentaires du privé : à la recherche d'une double cohérence**

Par Jean-Jacques MARETTE, Directeur général honoraire du GIE AGIRC-ARRCO

PAGE 121 | **L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS**

Par Raphaëlle VERNIOLLE, Directrice adjointe du Fonds de financement de la CMU

PAGE 137 | **Les redistributions opérées par le système de retraite français à deux étages (base et complémentaire)**

Par Yves GUÉGANO, Secrétaire général du Conseil d'orientation des retraites (COR)

PAGE 149 | **Faire vivre l'inter-régimes de retraite : l'union fait-elle la force ?**

Par Jean-Luc IZARD, Directeur du GIP Union retraite

PARTIE C : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS. RÉNOVER LES ARTICULATIONS OU FONDRE LES DEUX ÉTAGES ?

PAGE 159 | **L'AMO ne suffit plus à garantir un accès aux soins sans barrière financière**

Par Pierre-Yves GEOFFARD, Directeur de Paris School of Economics (PSE)

PAGE 165 | **Réflexions sur les rapports entre le 1^{er} et le 2^{ème} pilier de la protection sociale en matière de prévoyance lourde**

Par Jacques BARTHÉLÉMY, Avocat – Conseil en droit social, ancien professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, Fondateur en 1965 du Cabinet éponyme

2 MANAGEMENT

PAGE 175 | **Mutuelles, quel management pour répondre à quels enjeux ?**

Par Antoine CATINCHI, *Directeur général du groupe d'établissements mutualistes de l'agglomération lyonnaise RESAMUT / UMGEGE*L

PAGE 183 | **Libres propos sur un nouvel acteur dans notre système de santé : les plates-formes de santé**

Par Marianne BINST, *Directrice générale de SANTÉCLAIR*

PAGE 191 | **Les COG, un mécanisme vieillissant, des ambitions à réévaluer (2^{ème} partie)**

Par Xavier BONNET, *Agent de direction en détachement auprès d'une institution de contrôle et de certification des comptes*

3 BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE

PAGE 210 | **Prix de l'EN3S 2016**

PAGE 213 | **Bibliographie**

PAGE 217 | Note de lecture : Par Christophe BEAUDOUIN, *Directeur adjoint de l'EN3S*

Faut-il suivre le modèle allemand ? de Christophe BLOT, Odile CHAGNY et Sabine LE BAYON

PAGE 218 | Note de lecture : Par Julien DAMON, *Professeur associé à Sciences Po. Conseiller scientifique de l'EN3S*

Inégalités de Anthony B. ATKINSON

PAGE 220 | Note de lecture : Par Julien DAMON, *Professeur associé à Sciences Po. Conseiller scientifique de l'EN3S*

Justice de Michael SANDEL

Édito

Par Dominique LIBAULT,
Directeur de l'EN3S

Pour de multiples motifs, tenant pour beaucoup à l'histoire sociale de notre pays, la protection sociale française est mise en œuvre par une multiplicité d'acteurs.

Ce foisonnement est plus au moins important selon les risques au sein des régimes de base.

Mais notre pays est peut être encore plus singulier par l'articulation « base / complémentaire » que l'on retrouve, sous des modes très différents, en assurance maladie et en vieillesse, soit les deux risques de loin les plus lourds financièrement de la galaxie protection sociale.

Cette singularité est aujourd'hui fortement interrogée par beaucoup d'observateurs venant d'horizons divers : les questions de coûts de gestion, de simplicité d'accès aux droits, de lisibilité pour les assurés et les entreprises sont au cœur de cette interrogation.

Et pour autant, cette diversité est aussi l'expression de la diversité des acteurs constitutifs de la protection sociale française. Elle permet qu'à côté de la solidarité nationale pilotée par l'État, d'autres acteurs – partenaires sociaux, mutualistes notamment – puissent faire vivre d'autres formes de solidarité internationale, souvent professionnelles ou interprofessionnelles.

Comment penser l'avenir de l'articulation de ces différents niveaux de solidarité ? Faut-il faire évoluer fondamentalement la construction de notre protection sociale, ou faut-il considérer que les nouvelles technologies, notamment digitales, peuvent permettre – sous réserve de très fortes coopérations – de concilier simplicité pour l'usager et richesse de ces solidarités ?

En tout état de cause, ces choix impacteront l'ensemble des acteurs et nul ne saurait désormais concevoir son rôle sans le penser à travers sa place au sein de cette architecture.

Tel est l'enjeu actuel des questions soulevées par ce nouveau numéro de Regards.

Grand témoin



Antoine DURRLEMAN

Antoine Durrleman est Président de la 6^{ème} chambre (santé, sécurité sociale, certification des comptes du régime général de sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), politiques et établissements de santé) de la Cour des comptes, depuis février 2011.

Il fut Conseiller pour les affaires sociales du premier ministre Alain Juppé entre 1995 et 1997 lors de la réforme de l'assurance-maladie et de la création du dispositif relatif aux projets de lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Il occupa également les fonctions de directeur de l'AP-HP de 1997 à 2002 et de directeur de l'ENA de 2002 à 2007.

Antoine DURRLEMAN

M. LIBAULT

Je vous remercie d'accepter d'être grand témoin du numéro de Regards, consacré à la construction à deux étages de la protection sociale française.

Le système français de sécurité sociale se caractérise, notamment en assurance maladie et assurance retraite, par une construction à deux étages, qui fait partie de notre histoire sociale. Il me semble qu'elle peut être réinterrogée aujourd'hui, tant en ce qui concerne le pilotage que l'efficacité et la simplification du point de vue des usagers. Des stratégies se mettent en place sur le sujet. Certaines s'orientent vers des modes d'unification. Cette dernière semblant impossible, d'autres cherchent plutôt à travailler sur le mode de relations entre ces deux étages.

Ces étages ne sont pas construits de la même façon dans les deux secteurs, retraite et maladie. Dans l'assurance retraite, les deux régimes, de base et complémentaire, font l'objet de prélèvements obligatoires et des engagements de la France. En maladie, le système de base est obligatoire, placé au-dessus, même si, avec la généralisation de l'assurance complémentaire pour les salariés du secteur privé, la distinction entre les deux systèmes tend à s'atténuer.

Pensez-vous qu'il y ait matière aujourd'hui à repenser soit cet édifice à deux étages lui-même, soit l'articulation entre ces derniers, du point de vue du pilotage, de l'efficacité et de la simplification, notamment dans le contexte de la réflexion sur l'avenir du système ? Après ce diagnostic, je vous proposerai de vous pencher sur les différents scénarii pour l'avenir.

M. DURRLEMAN

Si l'on devait avoir une tabula rasa et rebâtir absolument notre système de protection sociale, il serait sans doute assez différent de cette construction à deux étages, qui s'est constituée très progressivement et s'avère largement historique. Elle pose en effet des problèmes, qui ne sont pas du même ordre en matière de retraite et d'assurance maladie.

**Antoine
DURRELMAN**

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Dominique POLTON

Dans le secteur de la retraite, le système pose d'abord la question du pilotage. La retraite de base et la retraite complémentaire, en tout cas pour ce qui concerne le régime général, sont l'une et l'autre des systèmes par répartition. C'est pourquoi le régime complémentaire a été rendu obligatoire en 1972. Sans cela, la situation aurait été différente, comme dans d'autres pays. Au demeurant, pour un certain nombre de professions, les régimes complémentaires restent largement facultatifs.

Sur le fond, le problème se pose des horizons de prévisibilité. Il est assez frappant qu'aucun scénario complètement commun n'existe pour les régimes de base et complémentaires et ce, malgré le travail du Conseil d'orientation des retraites (COR). Ainsi, les régimes AGIRC-ARRCO mènent leur propre expertise, comme les régimes conventionnels en général. En matière de scénario macroéconomique, ils reprennent des scénarii du COR, avec une certaine forme de prudence, souvent bienvenue. La question de scénarii de référence communs pour ce qui est des régimes de base et complémentaires se pose véritablement.

M. LIBAULT

Vous induisez vous-même dans votre questionnement que les scénarii macroéconomiques de base, arrêtés par les gouvernements, se sont révélés, dans un certain nombre de cas, trop optimistes, et ceux d'AGIRC-ARRCO plus proches de la réalité. On peut comprendre leur réticence à être obligés d'adhérer à un scénario des pouvoirs publics...

M. DURRELMAN

En réalité, cela pose le même problème de la nécessité d'une contre-expertise que dans le cas des scénarii macroéconomiques présidant au programme de stabilité. Un scénario central de référence pour la protection sociale, basé sur cette contre-expertise externe en vue de réduire le champ des possibles, est indispensable. Quelques scénarii resserrés devraient ainsi véritablement permettre de disposer d'un pilotage harmonisé.

M. LIBAULT

Cela exigerait sans doute une forme de concertation entre l'État et les partenaires sociaux gestionnaires de ces régimes, qui n'existe pas pour l'heure.

M. DURRELMAN

Elle n'existe pas du tout. Les mécanismes du programme de stabilité et la création du Haut Conseil des finances publiques ont amené les pouvoirs publics à rendre plus rigoureuses leurs prévisions et à les soumettre à un avis externe. Ils ont aidé à définir la trajectoire globale des finances publiques sur des scénarii de relativement court et moyen termes. Or, les prévisions en matière de retraite induisent également des schémas d'évolution à plus long terme. De ce point de vue, on a le sentiment que l'expertise n'est pas suffisamment conjointe, et la contre-expertise n'existe pas véritablement. Il convient de mener une réflexion sur ces sujets.

M. LIBAULT

L'absence de cette contre-expertise a été l'une des raisons de la création du comité de pilotage des régimes de retraite (COPILOR) dans le cadre de la réforme des retraites de 2010. Il faut aussi signaler le Comité de suivi des retraites présidé par Yannick MOREAU, créé dans le cadre de la réforme des retraites de 2014, et qui ne joue pas le même rôle.

Ce resserrement de l'expertise serait nécessaire non seulement pour les régimes complémentaires, mais également pour la fonction publique. Je ne suis pas certain, par exemple, de l'existence d'une expertise sur le sujet des conséquences sur les régimes des retraites des mesures salariales ou indemnitaires, ou des transformations de mesures indemnitaires en mesures salariales.

M. DURRLEMAN

C'est tout le problème, et c'est un tout autre sujet. En réalité, il n'existe pas de lieu où se pense l'avenir des systèmes de retraite de la fonction publique. À mon sens, une telle vision sera inaccessible en l'absence d'une caisse de retraite des pensions de l'État.

Nous travaillons précisément sur les retraites de la fonction publique et émettrons des propositions dans ce domaine à l'automne.

La question du pilotage des systèmes de retraite relève de l'anticipation et de la nécessité d'une vision la plus documentée possible des trajectoires. Il est frappant à cet égard, que le régime de base et le régime complémentaire ne se pensent pas ensemble. En réalité, il n'existe pas d'approche globale, pas d'études transversales des systèmes de retraite des salariés du privé. La DREES et le COR ont produit des analyses. Mais l'on dispose d'une vision plus précise et construite sur d'autres régimes de retraite, toutes choses étant égales par ailleurs.

Ainsi, nous avons effectué un contrôle organique de la Caisse autonome de retraite des médecins de France, qui a tout de même fait ressortir une vision agrégée, prenant en compte précisément ces trois étages, avec une vision actuarielle intéressante. Le même travail existe peut-être pour les retraites du privé, mais je ne l'ai toujours pas trouvé.

M. LIBAULT

Dans le cas des travailleurs indépendants, plusieurs régimes relèvent d'un seul gestionnaire. La CARMF (Caisse autonome de retraite des médecins de France) détient des données tant sur l'ASV (Allocations Supplémentaires de Vieillesse) que sur la retraite de base. Pourriez-vous imaginer un gestionnaire unique de plusieurs régimes pour plus de facilité ?

M. DURRLEMAN

Nous avons essayé de rendre compte dans notre rapport public thématique sur l'AGIRC-ARRCO du fait que malgré ses limites et ses difficultés, le pilotage de ces régimes est assez construit et rigoureux, partant d'une situation historiquement très généreuse. Les partenaires sociaux ont eu une vision de réforme et d'ajustement continu. Bien sûr, des étapes ont dû être franchies. Mais dès lors qu'il y a eu prohibition de la dette, une mise sous tension de responsabilités oblige à un pilotage circonspect. Cela apparaît dans les hypothèses macroéconomiques, qui ont été plutôt plus rigoureuses, dans les anticipations d'ajustement paramétrique, ainsi que dans la tendance du régime à se construire comme un régime de répartition provisionnée.

Contrairement à la tentation fréquente des partenaires sociaux de relâcher l'effort une fois parvenus à une forme d'équilibre, ce pilotage a eu le souci d'anticiper des problématiques d'ordre démographique, ayant amené à la constitution de réserves. On constate même dans le dernier accord d'octobre 2015 qu'il s'agit du seul exemple en France de paritarisme rhénan. Il ne fonctionne plus sur l'assurance chômage. Dans la plupart des systèmes conventionnels, il fonctionne très difficilement, notamment en matière de formation professionnelle. S'agissant des retraites complémentaires des salariés, il représente sans doute la gestion la plus proche d'une protection sociale à l'allemande.

Je crois qu'il convient de faire attention avant de s'orienter vers un changement complet de dispositif. En effet, je ne suis pas certain qu'un système unifié soit piloté de manière plus prudente. En réalité, le risque serait que la mauvaise monnaie chasse la bonne, et que l'on en vienne à accepter ce que l'on a accepté pour

**Antoine
DURRELMAN**

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Dominique POLTON

l'assurance vieillesse, à savoir un système déficitaire dans le temps. Il est normal qu'un système soit déficitaire sur un cycle conjoncturel. Mais l'acceptation qu'il le soit dans la longue durée tue absolument la répartition et la légitimité des systèmes par répartition. L'AGIRC-ARRCO a relativement bien réussi à faire fonctionner un régime par répartition, acceptant des déficits conjoncturels mais s'équilibrant sur une logique de moyen terme.

Cela rend très prudent s'agissant de scénarii d'évolution institutionnelle drastique, que serait une réunification à gestionnaire unique. Dans un jardin à la française, l'on y pense volontiers. Cependant, je ne suis pas certain de son efficience.

M. LIBAULT

Si je vous entends bien, vous êtes quelque peu sceptique quant à la possibilité pour l'État d'admettre qu'un jour, il exclut de produire de la dette sociale dans son jardin.

M. DURRELMAN

Je rappelle que la loi de financement de la sécurité sociale a été introduite sous le nom de loi d'équilibre. L'idée consistait précisément en un système véritablement à l'allemande, fondé sur un principe d'équilibre, raison pour laquelle, dans l'idéal, on calibrerait la dépense en fonction des recettes. Le dispositif a été fortement discuté au Parlement, et en est sorti sous forme de loi de financement, qui est un élément de progrès mais n'a pas offert cette vision d'équilibre.

M. LIBAULT

Il n'y a pas obligation aujourd'hui de voter la loi de financement de la sécurité sociale en équilibre structurel, ce qui ne sera peut-être pas impossible demain.

M. DURRELMAN

L'essai avait été tenté en décembre 1995 et le résultat en juillet 1996 s'est révélé différent.

M. LIBAULT

Pour autant, vous n'êtes peut-être pas défavorable à tout ce qui permet de simplifier la visibilité de la future retraite par les différents régimes. Avec tous les atouts de cette dualité, elle présente tout de même l'inconvénient de la complexité du point de vue de l'utilisateur, d'où tous les efforts de l'information sur la retraite.

M. DURRELMAN

Certains sujets relèvent du long terme et du pilotage, et d'autres du relatif court terme. Pour cette raison, la Cour prône, en l'état actuel, la transformation de la loi de financement de la sécurité sociale en loi de financement de la protection sociale. L'objectif consisterait à intégrer dans une vision globale les régimes de base obligatoires et les régimes conventionnels. Les prélèvements, de toute façon obligatoires, rendraient cette vision globale assez normale. Les partenaires sociaux

semblent quelque peu réticents vis-à-vis de cette approche. Elle serait cependant plus claire que celle indirecte définie par le tableau « toutes APU » de l'article liminaire des lois de finances.

Dans cette logique « toutes APU (Administrations publiques) », le titre des administrations sociales convoque déjà largement les régimes conventionnels. Un dispositif plus étendu serait ainsi plus clair. Cette évolution législative obligerait les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à discuter de manière anticipée. Il s'agit actuellement d'un jeu d'acteurs partiellement concurrents. En effet, la capacité à lever une recette sur la même assiette apparaît réduite. Les ajustements paramétriques peuvent difficilement se penser indépendamment les uns des autres, entre ce qui relève des régimes de base et des régimes complémentaires.

Par ailleurs, on a pu constater la difficulté du sujet aussi bien en mars 2013 qu'en octobre 2015. En mars 2013, les partenaires sociaux se sont contentés d'une réforme d'attente en escomptant que la loi de janvier 2014 résulterait d'une véritable réforme des retraites, et pas d'un certain nombre d'ajustements. Ils ont été déstabilisés par le non-aboutissement de ce qu'ils espéraient. En revanche, en octobre 2015, ils ont planté des jalons, en vue d'une réforme ultérieure du régime de base, avec beaucoup d'intelligence et en laissant du temps au temps. Un ajustement doit être pensé globalement, mais il n'existe actuellement aucun lieu pour le faire de manière ouverte et explicite.

M. LIBAULT

Vous avez évoqué les ajustements nécessaires sur l'architecture en matière de retraite, avec notamment le rôle de la loi de financement, mais vous plaidez plutôt pour le maintien de ces deux étages et du rôle de l'État, d'une part, et des partenaires sociaux, d'autre part. Le paysage est totalement différent en ce qui concerne l'assurance maladie, avec deux étages et plusieurs familles, et par ailleurs, la généralisation pour une partie de la population que sont les salariés du secteur privé. Comment voyez-vous ce paysage aujourd'hui ?

M. DURRLEMAN

Il est extraordinairement brouillé. En effet, j'ai le sentiment d'un processus de généralisation, d'ail-

leurs incomplet, qui ne s'inscrit pas véritablement dans une démarche globale de vision à terme de protection sociale. Plusieurs dispositifs ont été introduits et la Cour est intervenue sur le contrat solidaire et responsable. Cependant, élargir la couverture complémentaire sans repenser le rôle de chacun constitue un phénomène de généralisation d'abord coûteux, car appuyé par une dépense fiscale et des niches sociales.

Par ailleurs, ce processus s'avère destructurant pour les dispositifs d'assurance maladie complémentaire, créant des gagnants et des perdants entre les familles, entraînant des phénomènes d'amélioration des mutualisations et de démutualisation. Surtout, ce système entérine une forme d'échec de l'assurance maladie obligatoire de base à couvrir suffisamment et correctement un panier de biens et services. Il s'agit de solutions palliatives extrêmement onéreuses et non d'une réflexion à nouveaux frais sur la responsabilité de l'assurance maladie obligatoire, et celle des assurances maladie complémentaires.

M. LIBAULT

À quelle étape le système a-t-il dérapé ? Un système d'assurance maladie, représentant largement un système de prestations en espèces, a été créé dès 1945, avec, historiquement un compromis avec la Mutualité. D'autres étapes importantes sont intervenues, dont notamment la création du secteur 2, qui a ouvert un espace important de dépenses, appelant une forme de réponse en termes assurantiels. Il faut aussi souligner une troisième étape, la généralisation de l'ANI (Accord National Interprofessionnel), à l'initiative des partenaires sociaux.

M. DURRLEMAN

En octobre 2012, lorsque le Président de la République est intervenu devant le congrès de la Mutualité française, il en avait indiqué l'objectif. Cela avait été considéré comme un progrès, mais cela n'avait pas été pensé. Deux difficultés affectent l'assurance maladie obligatoire. Le panier de biens et services n'a jamais été véritablement redéfini, sauf à la marge par quelques remboursements de médicaments. Ils sont très difficilement portés par les pouvoirs

**Antoine
DURRLEMAN**

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Dominique POLTON

publics et représentent des ajustements de périmètre extrêmement limités.

Le système français ne s'est pas du tout engagé dans la logique, par exemple, de l'assurance maladie légale allemande qui a « fait le ménage » (sortie de l'optique, du prothétique, sauf pour la partie la plus jeune de la population, etc.) et se trouve sur un périmètre plus étroit. La prise en charge y est incommensurable par rapport à celle du régime de base en France. Les transports sanitaires, si l'on n'est pas in articulo mortis, provoquent ainsi l'étonnement des Allemands et des Suisses.

D'une part, la manière de donner de l'air aux professions de santé, essentiellement par des dépassements d'honoraires, n'a pas été redimensionnée. Pour les médecins, cet espace a été créé à compter de 1980. Il a été consubstantiel aux activités d'autres professions, notamment des dentistes, même s'il faut noter des désarmements des pouvoirs publics sur certains plans, que l'on peut documenter.

D'autre part, on n'a pas su régler la problématique des maladies chroniques. Le système des ALD (affections de longue durée), créé en 1945 pour sept pathologies et en comprenant aujourd'hui 30, puis une 31^{ème} et 32^{ème} pour permettre d'inclure celles qui n'ont pu l'être dans les pathologies mieux identifiées, crée un champ de tension dans le système de l'assurance maladie, se traduisant par une forme de couverture à deux vitesses. Celle-ci se révèle d'ailleurs paradoxale, car n'empêchant pas des restes-à-charge catastrophiques pour une partie de la population en ALD.

Le système se trouve ainsi écartelé entre une dynamique de maladies chroniques exigeant un effort très important de l'assurance maladie, des désengagements liés aux dépassements pesant de plus en plus sur les restes-à-charge, et une érosion de la présence de l'assurance maladie. Face à cette situation, la couverture complémentaire est apparue comme une solution. Et la CMU-C constitue une excellente idée, car définie de façon très adaptée du point de vue de la couverture du risque. Les bénéficiaires de la CMU-C sont correctement couverts. Cette dernière finit par légitimer une généralisation quasi obligatoire de l'assurance maladie complémentaire, sans aider à repenser le système.

Mme POLTON

La raison en est-elle que la CMU-C a été conçue comme une couverture complémentaire gratuite, alors que dans d'autres pays, son équivalent peut être fondé sur le principe d'une meilleure couverture des personnes aux ressources limitées ?

M. DURRLEMAN

En réalité, on ne s'est pas posé la question d'un modèle alternatif, soit par le décroisement des financements et de leur prise en charge en assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. Une partie de la charge des assurances maladie complémentaires

(AMC) serait reprise par l'assurance maladie obligatoire, tout en limitant celle-ci à un panier de biens et services plus circonscrits. Les AMC auraient la possibilité d'intervenir au premier euro sur un certain nombre de prestations. Par ailleurs, les dispositifs de plafonnement du reste à charge, le cas échéant en fonction du revenu, n'ont pas véritablement prospéré.

Le système a évolué à travers des dispositifs, tels que la CMU-C ou la généralisation de l'ANI. Ils ne sont pas sans intelligence conceptuelle, combinatoire de clés de financement. L'appel d'offres sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) représente à ce titre une nouvelle modalité tout à fait intéressante. Toutefois, l'équation du système n'a pas été repensée sur le fond, et il me semble nécessaire d'y procéder.

M. LIBAULT

Vous avez évoqué deux options. L'une suppose le maintien de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire en les séparant et en redéfinissant le régime de base. Le périmètre plus circonscrit permet une meilleure coordination, d'où sans doute un espace plus élargi pour les complémentaires. La deuxième option équivaldrait à un bouclier sanitaire, tel qu'envisagé dans le rapport de Raoul BRIET et Bertrand FRAGONARD.

M. DURRLEMAN

Ni l'une ni l'autre de ces alternatives n'ont en réalité été mises en débat public.

M. LIBAULT

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est supposé se saisir de tels sujets. Votre remarque pose la question de l'organisation du débat public sur ces problématiques.

M. DURRLEMAN

Le COR et le HCAAM sont des lieux d'élaboration d'éléments de discussion et constituent des outils importants, mais ne suffisent pas à porter les sujets au niveau d'un débat public. Ils engagent des débats d'experts, qu'il s'agisse des partenaires sociaux ou de l'État, mais ne permettent pas d'aboutir à des éléments de débat public. Celui-

ci devrait être porté, in fine, au niveau d'un débat parlementaire, dès lors que le Parlement constitue la clé de voûte de notre système de république sociale.

Les résultats de la protection sociale ne sont pas examinés dans le cadre du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale. Les programmes de qualité et d'efficacité instaurés par la loi organique relative aux lois de finances sont très peu utilisés.

M. LIBAULT

Depuis l'instauration des programmes de qualité et d'efficacité (PQE), je ne peux en effet que constater la faible appétence des parlementaires pour un débat allant au-delà des simples aspects financiers de la loi.

M. DURRLEMAN

C'est la raison pour laquelle il conviendrait de dissocier, d'une part, une loi de financement de la protection sociale, à l'automne, et d'autre part, une forme de loi de résultats pas uniquement financiers permettant, au printemps, de tenir un débat parlementaire sur les différentes couvertures, leur évolution entre les catégories de population, etc. L'article premier de la loi de financement de la sécurité sociale qui constitue, en quelque sorte, une loi de règlement financier, comme il en existe pour la loi de finance de l'État, est un exercice sans beaucoup de sens. La réflexion sur l'articulation de la discussion parlementaire n'a pas été menée à son terme.

Le Parlement vote un certain nombre de dispositions mais il ne dispose pas d'espace de discussion sur ces sujets, dans le cadre du calendrier très tendu de l'automne. Lorsque la loi de financement a été portée sur les fonds baptismaux, l'idée consistait à prévoir une évaluation régulière de la protection sociale. Elle devait être un sujet majeur pour le Parlement au regard des grands objectifs et orientations, au-delà des enveloppes financières annuelles. Le dispositif n'a pas fonctionné.

En revanche, il faut souligner une montée en puissance du COR, du HCAAM, du Haut Conseil de la famille et le couronnement récent par le

**Antoine
DURRLEMAN**

Interview réalisée par
Dominique LIBAULT
et Dominique POLTON

haut Conseil du financement de la protection sociale. Cela crée de l'expertise, du dialogue entre les acteurs, mais ne rentre pas dans le débat public.

Il s'agirait d'un système à l'allemande constitué essentiellement d'une assurance maladie légale, et d'assurances complémentaires prenant en charge les éléments supplémentaires de protection sociale. De ce point de vue, la note du Conseil d'analyse économique (CEA), publiée il y a deux ans et prenant comme référence le modèle allemand, est très intéressante car posant très clairement cette question.

M. LIBAULT

Pour évoquer le système actuel, la thématique de la santé se révèle relativement importante dans le dialogue social, notamment dans les branches professionnelles, à travers les accords collectifs, etc.

Est-il opportun, à vos yeux, de disposer d'espaces de débats sur la santé, au-delà de la sphère parlementaire, où les acteurs s'approprient ces thématiques, pour faire vivre le dialogue social ?

M. DURRLEMAN

Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un dialogue social qui défend des intérêts. La discussion de branche était articulée, pour une part, sur la dimension collective de la protection complémentaire, avec le débat sur les clauses de désignation, et derrière celles-ci des enjeux de boutique. Les institutions de prévoyance d'une manière générale ne sont pas assez contrôlées. Elles constituent un point aveugle dans l'articulation des complémentaires. Les sociétés d'assurances disposent d'un système de contrôle, de même que les mutuelles. J'ignore en revanche qui contrôle les systèmes de prévoyance. L'IGAS a pu le faire de temps à autre, tout en se posant la question de sa compétence. La Cour n'en a pas la compétence.

M. LIBAULT

Elles relèvent tout de même de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

M. DURRLEMAN

En effet, mais uniquement en ce qui concerne leur solvabilité. Des réprobations ont été émises de la part de l'ACPR sur la manière dont un certain nombre de clauses de désignation ont été acquises, sans parler des rattachements d'entreprise. Je doute que le débat soit si vertueux, ce que laisse entrevoir la vivacité de la problématique de la désignation-recommandation de la mise en place de l'ANI.

Mme POLTON

S'agissant de l'éventuelle transformation de notre système de santé vers une vision plus restructurée du rôle des uns et des autres, et où chacun assure son rôle avec ce qu'il est, les étapes successives de l'évolution vont dans le sens d'une intrication croissante et d'un arrimage relativement peu maîtrisé du régime obligatoire et du régime complémentaire de plus en plus important, avec des

cofinancements et des déplacements de curseurs indolores car pris en charge. Hormis la nécessité de poser ces sujets et de parvenir à en débattre plus largement que dans des groupes d'experts, voyez-vous un moyen de revenir sur ces tendances lourdes ?

M. DURRLEMAN

Un sentiment commence tout de même à émerger d'un système inefficace, au regard du reste-à-charge ultime des assurés sociaux, surtout si l'on prend en compte également le coût de leur protection complémentaire. Les pouvoirs publics consacrent un peu plus de 4,5 milliards d'euros d'aide aux complémentaires pour un dispositif représentant 6 milliards d'euros en gestion. Par ailleurs, il faut souligner le sentiment d'illisibilité complète du dispositif. Les complémentaires ont encouragé la dépense, ce que l'on constate clairement sur un segment comme l'optique, où les curseurs ont été poussés vers le haut.

Ces sujets commencent à apparaître, d'autant plus que les assurés sociaux, malgré la prise en charge pour partie par les entreprises, ont le sentiment de payer de plus en plus pour un système qui n'est pas satisfaisant. L'opinion est davantage attentive sur ce sujet.

Il est vrai aussi que nous connaissons un manque de mise en perspective et vivons sur un stock d'idées relativement peu renouvelées, datant des années 1980. Le système n'a pas été renouvelé par de nouvelles idées, dont le débat public pourrait précisément s'emparer. Des progrès ont été réalisés dans le pilotage rapproché de la protection sociale, aussi bien en matière d'assurance maladie que de retraite, plus tardivement. En revanche, les grandes orientations de la protection sociale ne font l'objet d'aucune forme de pensée fondatrice.

M. LIBAULT

Ce sujet n'est-il pas lié à celui de la réforme de l'État ? Les moyens de celui-ci ne vont pas croissants. Toutes les administrations sont soumises à des contraintes en termes de réduction d'effectifs et sont de plus en plus absorbées par l'urgence. Cela pose notamment la question des porteurs de la réflexion à moyen et long termes dans les ministères.

M. DURRLEMAN

Il s'agit également d'une question de démarche. Les grandes réflexions, aussi bien en matière de retraite que d'assurance maladie, avaient été précédées, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, par des techniques de livres blancs : sur les retraites, le pilotage du système de soins, etc. Le soin d'apporter une réflexion, des pistes et une vision d'évolution du système avait été confié à des personnalités, ce qui a donné un cadre de référence sur ces sujets, une mise en perspective.

S'agissant du financement, la CSG est née des États généraux de la sécurité sociale, dont la proposition ultime avait consisté à affirmer le besoin de repenser le système de financement. Le transfert, à l'époque, au Conseil économique et social n'a pas abouti. Mais finalement, ce travail de maturation, de préparation et de discussion a permis à la CSG d'arriver en 1991 dans un consensus relatif et d'intervenir sur des modalités de financement et sur des problématiques de réforme et de réorganisation. Il me semble utile de reprendre un tel travail.

Je pense que le débat doit aussi être porté par des réflexions comme celles menées par le CEA. Sa note de janvier 2014 porte la signature de Jean TIROLE, qu'il y aurait lieu d'écouter, aux côtés d'autres personnalités, et qu'il serait intéressant d'amener à s'exprimer sur ces sujets.

DOSSIER

1

Dossier central :

RÉGIMES DE BASE ET COMPLÉMENTAIRES

portance
plus en p
rait être
cisément, il s
cation de la peti
rtises et savoirs qu

Car il peut revenir

ici au moins deux

enfants (pour leur so

du travail ? la pa

e, en gros, par les

ternelle) a-t-elle se

é de la question p

compose) finance-t-on

se-t-on des presta

ndre un tel sujet

s, d'observations, e

n d'abondance que

is comme d'investig

T. C'est peu dire qu

être toujours conv

multiples rapports

en3s

ECOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

A

HISTOIRE ET PANORAMA

sortir de la zone d'ombre. Plus en plus, on se rendrait compte que ce n'est pas tant le fait de travailler qui est en cause, mais le fait de ne pas travailler. Plus précisément, il s'agit de la reconnaissance de la petite entreprise, de ses atouts, de ses compétences et savoirs qui sont souvent sous-estimés. Car il peut revenir à l'État de garantir à ces entreprises au moins deux choses : la possibilité de travailler (pour leur survie) et la possibilité de travailler de manière décente (le travail ? la paie ? la sécurité ?). En gros, par les lois (et les politiques publiques) a-t-elle survécu ? La question posée est de la question posée (la question posée) finance-t-on ? On se-t-on des prestations ? On prend un tel sujet de travail, d'observations, de données d'abondance que l'on peut se permettre de le faire comme d'investigation. C'est peu dire que l'on ne peut pas être toujours convaincu par les multiples rapports à

AGIRC – ARRCO : le troisième âge des retraites complémentaires

Par François CHARPENTIER

Journaliste spécialisé à l'agence « Le fil social » et « latribune.fr »



Journaliste spécialisé. Auteur de l'encyclopédie de la protection sociale en 2000 (Economica), il a publié chez le même éditeur « Retraites complémentaires » en juillet 2014. Il publiera aux PUF à la rentrée, dans la collection Que sais-je ? « Les régimes de retraite complémentaires Agirc et Arcco ».

L'histoire des régimes complémentaires en France se confond avec celle des régimes privés. Mais elle est aussi inséparable de celle des régimes publics dont elles assurent le complément. Pour l'essentiel l'assurance vieillesse. Pour comprendre comment ces régimes se sont créés, puis développés dans le secteur privé jusqu'à verser en moyenne, en 2013, 57 % de la pension de retraite d'un cadre et 31 % d'un non-cadre, un rappel historique s'impose. Ensuite, il conviendra dans une première partie d'examiner la phase de constitution de ces régimes de leur naissance à leur généralisation au début des années 1970. Une seconde partie nous permettra de comprendre pourquoi et comment ces régimes se sont adaptés à la nouvelle donne économique et démographique, jusqu'à l'accord du 30 octobre 2015 qui propulse l'Agirc et l'Arcco dans une nouvelle étape de leur histoire.

Première remarque introductive : à l'échelle de l'histoire sociale de la France, ces régimes sont des constructions récentes dont les fondements sont posés à la fin du 18^e siècle. De fait, on a longtemps confondu en France retraite et invalidité. Or, même si les systèmes de pensions mis en place par Colbert d'abord, en 1673 au profit des invalides de la marine, puis Choiseul en 1764 pour les soldats invalides et les vétérans, préfigurent le système de retraite des militaires, ces dispositifs restent indemnitaires et leur bénéfice conditionné au bon vouloir du secrétaire d'État à la guerre. L'apparition du concept de « retraite » au sens moderne du terme – un « revenu de remplacement » – n'apparaît qu'en 1787 avec la « Compagnie royale d'assurance vie » créée par Louis XVI avec l'aide de banquiers genevois. Rompant avec l'interdiction de toute pratique d'assurance dans un pays où il fallait s'en remettre à la providence divine, la Compagnie servira des rentes calculées au prorata de versements effectués pendant la vie active et d'une durée de vie estimée sur la base de calculs de probabilité popularisés par quelques « Lumières » : Diderot, Deparcieux, Viollet de Wagnon, Duvillard de Durand, Lavoisier et Condorcet. Cette compagnie d'assurance se tournera vers « l'épargne retraite ».

Seconde remarque : pendant un siècle, de 1791, date de la loi Le Chapelier, à 1884, adoption de la loi Waldeck-Rousseau portant reconnaissance des syndicats, le concept de retraite est relégué dans l'ombre. Tout ce qui est considéré comme « corporations » (partis, syndicats ouvriers et patronaux, mutuelles...) est interdit. On se trouve dans une situation singulière en Europe quand, au nom de la défense de la liberté individuelle, se met en place, selon le mot de Jean-Jacques Dupeyrou, « un système d'exploitation qui (...) réduira rapidement le prolétariat à des conditions concentrationnaires ». Concrètement, alors que des régimes spéciaux se multiplient pour couvrir les agents du secteur public



et que la révolution industrielle fait émerger d'immenses besoins sociaux en santé comme en retraite, toute réponse par voie de négociation collective est prohibée pour les salariés du privé. Ceux-là n'ont d'autre recours que de se tourner vers « la prévoyance libre ». Les plus exposés n'ayant pas une capacité d'épargne suffisante, le 19^e siècle s'écoule sans que puissent se mettre en place des protections autres que très parcellaires à l'initiative des sociétés d'assurance, de quelques patrons philanthropes ou humanistes ou de mutuelles qui ambitionnent de se positionner sur ce « marché » comme elles le sont déjà sur la santé. C'est d'ailleurs parce que leur compétence est retenue sur ce créneau que, dès 1832, à la faveur de l'épidémie de choléra, les mutuelles retrouvent un droit à l'existence pour gérer une situation que l'État se trouve dans l'incapacité d'affronter. Sous condition de devenir des supplétifs de la police, notamment sous le second Empire, pour contrôler le mouvement ouvrier... Les syndicats en garderont un vif dépit à l'égard du mouvement mutualiste.

Dans un pays où les conflits sociaux se règlent à coup de « Chassepots », la naissance des syndicats ne fait pas émerger une demande forte sur la retraite. Certes, la CGT à son congrès fondateur de Limoges en 1895 y consacre une journée, mais les débats, qui opposent partisans de Jules Guesde et de Jean Jaurès, portent moins sur le principe d'un droit à pension que sur l'opportunité de faire cotiser les salariés. Certes, après 30 ans de discussions le projet de loi sur les retraites ouvrières et paysannes est voté en 1910. Mais cette réforme, qui fixe l'âge de départ à la retraite à 65 ans alors que l'espérance de vie d'un ouvrier ne dépasse pas 48 ans, débouche sur un échec. Quant à la loi de 1930 sur les assurances sociales, elle est votée après 10 ans de débats et met en place un régime unique pour les salariés du privé. Mais l'institution d'un plafond n'en fera jamais un régime universel. C'est d'ailleurs parce que « les collaborateurs » – les cadres à l'époque – se trouvent exclus des assurances sociales, qu'après 1936 et les accords de Matignon qui consacrent les conventions collectives, ils vont négocier, à partir de 1937, avec les employeurs, au niveau des fédérations d'industrie, la mise en place de régimes privés qui serviront de maquette au futur régime des cadres.

De cette période d'un peu plus d'un siècle et demi, il faut donc retenir :

- ▼ en matière de retraite, le secteur privé en France accumule un important retard sur le secteur public, mais aussi sur les pays voisins. C'est en effet entre 1885 et 1889 que le chancelier Bismarck dote l'Allemagne d'un système complet et universel de sécurité sociale ;
- ▼ sur cette période tous les systèmes de retraite mis en place fonctionnent en capitalisation. Y compris en Allemagne. Cela signifie que dans une perspective historique la France a pratiqué la capitalisation sur un siècle et demi, alors qu'à la date d'aujourd'hui la répartition n'a que... 75 ans d'ancienneté. Deux fois moins ;
- ▼ l'histoire enseigne que c'est l'obligation dans laquelle se sont trouvés les cadres de se doter d'un régime privé catégoriel qui a donné naissance au mode de gestion paritaire qui inspirera la plupart de nos régimes sociaux, en particulier les régimes Agirc et Arrco.

Alors que pour la première fois en France, en 1941, le Maréchal Pétain introduit la répartition pour financer « la retraite des vieux », le Conseil national de la Résistance (CNR) adopte en 1944 son programme d'actions comportant un plan complet de sécurité sociale dans

lequel la retraite figure en bonne place. À la fin de 1944, tout est donc en place pour que se crée la Sécurité sociale, des mesures d'urgence étant prises pour assurer la « soudure » entre l'ancien régime des retraites et le nouveau système.

I/ De 1944 à la « généralisation »

La sécurité sociale est issue de deux ordonnances d'octobre 1945. En matière de retraite, l'objectif est la mise en place d'un régime en répartition, unique et universel, géré non pas par des représentants élus par les salariés, mais par des délégués syndicaux. Le choix de la répartition ne se discute plus. Au sortir de la guerre le capitalisme est rendu responsable du dernier conflit et de la ruine des petits rentiers. Par ailleurs, le CNR, puis le gouvernement provisoire mettent en avant les valeurs de solidarité. Exit par conséquent la capitalisation. En revanche, si l'unicité de gestion est acquise, l'unité organisationnelle ne se fait pas. En matière de retraite, cet objectif ne sera pas atteint puisque l'État reconduit à l'identique les régimes spéciaux. Dans la foulée, les exploitants agricoles en 1946, puis les travailleurs non salariés (TNS) en 1947 obtiennent le maintien de leurs régimes spécifiques de l'avant-guerre.

I.1/ 18 mois pour bâtir le régime des cadres

Les cadres, qui créent la Confédération générale des cadres (CGC) en octobre 1944, refusent a priori de cotiser dans un régime d'ouvriers et d'employés. Ils souhaitent eux aussi retrouver leurs régimes privés de l'immédiat avant-guerre. Or, les ordonnances d'octobre 1945 ignorent totalement ces régimes privés mis en place au profit des « exclus des assurances sociales » et imposent la contribution de tous les salariés à l'assurance vieillesse.

La crise s'envenime entre le gouvernement provisoire du général de Gaulle, dans lequel le communiste Ambroise Croizat est ministre du Travail, et la CGC, lorsque, le 6 novembre 1945, un décret précise que devront disparaître au 1^{er} janvier 1947 les régimes privés sous plafond. Ne peuvent subsister des anciens régimes privés que la part au-dessus du plafond, donc des « régimes complémentaires » au régime général, auquel les cadres sont tenus de cotiser. Pendant 18 mois, ils vont donc se battre pour conserver l'intégralité des régimes privés mis en place entre 1937 et 1940 et tenter de se soustraire à l'obligation de cotiser dans le régime général.

Meetings à la Mutualité et à la salle Wagram, manifestations, grève générale... Rien n'y fera. Les cadres perdront la bataille de la généralisation. D'abord, en raison des choix politiques opérés. La loi de généralisation de la sécurité sociale de mai 1946 précise que « la réalisation de la sécurité sociale se traduit économiquement par une redistribution des revenus » et que « celle-ci ne peut être satisfaisante et équitable que si elle englobe l'ensemble de la population et si elle repose sur une large solidarité nationale ». Ensuite, la CGC, qui ne sera déclarée représentative qu'en 1948, se trouve confrontée à une CGT surpuissante au sortir de la guerre et à un patronat discrédité et affaibli. Les Comités d'Organisation mis en place par Vichy dissous ne seront remplacés par le Conseil national du patronat français qu'en juin 1946.

Les cadres pourtant ne perdront pas la guerre. Personne n'imagine les priver d'un avantage spécifique alors que le régime général est universel et, de ce fait, un peu « bas de gamme ». Par ailleurs, la CGT a besoin de se concilier les cadres pour disposer d'un personnel compétent pour diriger les caisses de sécurité sociale. Une « commission nationale paritaire » se met donc en place pour négocier les modalités de fonctionnement d'un régime complémentaire de retraite. Le gouvernement supervisera étroitement les travaux de cette instance qui débouchent le 14 mars 1947 sur la signature de deux conventions collectives.



Ces textes précisent qu'il s'agit d'un régime en répartition, ce point n'ayant semble-t-il pas fait débat, alors qu'il constitue une rupture avec les dispositifs privés d'avant-guerre. Il est vrai que l'AVTS et le régime général sont passés par là, qu'il y a une vraie volonté de la CGT de s'inscrire dans une démarche dirigiste et collectiviste et qu'il faut tenir compte des options constitutionnelles qui mettent en avant le concept de solidarité intergénérationnelle. Enfin, il est de l'intérêt des cadres d'en passer par une technique permettant de valider gratuitement les services passés, ce que ne fait pas le régime général.

Seconde option, le choix d'un régime par points. L'objectif est ici de préserver l'équilibre du régime dans la durée, d'échapper aux variations de la valeur de la monnaie et d'éviter les variations brutales du montant de la pension d'une année sur l'autre. La fixation annuelle de la valeur du point permet ce lissage. Pour définir le point de retraite, on retiendra la définition qu'en donne Pierre de Baudus de Fransures, l'un des pères fondateurs de l'Agirc¹ : « Chaque année la cotisation versée pour le compte de chaque participant, exprimée en unité monétaire, est transformée en points de retraite par l'intervention d'un « taux de change » appelé « salaire de référence » Le nombre de points acquis est déterminé par le rapport de la cotisation exprimée en francs [euros] au salaire de référence. Autrement dit, le salaire de référence est le montant qui doit être versé sous forme de cotisation pour permettre l'acquisition d'un point de retraite ».

Troisième caractéristique, il s'agit d'un régime conventionnel, ce qui n'allait pas de soi. En effet un régime de retraite en répartition suppose une irréversibilité des engagements et une stabilité du groupe des cotisants alors que les termes d'une convention collective se renégocient périodiquement. Ce trait particulier a débouché sur un fonctionnement original avec :

- ▼ une commission paritaire nationale qui détient le « pouvoir législatif » dans laquelle siègent les représentants du CNPF, des sections cadres de la CGT et de la CFTC et la CGC. FO n'y siègera qu'à partir de novembre 1948, après sa création ;
- ▼ l'Association générale des institutions de retraite des cadres (Agirc) qui, à partir de juillet 1947, donne son agrément aux institutions de retraite, les fédère et dispose du pouvoir exécutif ;
- ▼ les institutions de retraite, organismes sui generis, chargées de veiller à une saine gestion et à préserver la pérennité du système. La feuille de route est un peu floue, mais elle laisse les partenaires sociaux libres de s'organiser comme ils l'entendent. La suite montre que l'Histoire de l'Agirc se ramènera à renforcer sa tutelle sur des institutions qui se développent au niveau des branches ou de l'interprofession dans une grande diversité de situations.

Les caractéristiques de la retraite des cadres

Le régime de retraite des cadres prévoit que les droits à la retraite sont liquidés à la cessation d'activité et au plus tôt à 55 ans. L'âge normal étant fixé à 65 ans, des « coefficients d'anticipation » et « d'ajournement » sont prévus en cas de cessation plus précoce. Il faut au moins dix ans de cotisations pour se voir ouvrir des droits. Les participants qui ne remplissent pas ces conditions d'ouverture des droits sont remboursés des cotisations versées à leur compte. Ceux qui ont cessé d'être cadres,

1 L'évolution du régime de retraite et de prévoyance des cadres de 1947 à 1969, CGRCR, 1969

mais qui remplissent ces conditions, bénéficient de la retraite lors de leur cessation d'activité. Les veuves, à 60 ans, perçoivent la moitié de la pension du conjoint, la liquidation pouvant intervenir avant, mais avec des coefficients d'anticipation. Des conditions de durée d'activité du conjoint (15 ans de services), de durée de mariage et de non-remariage sont exigées.

Les périodes antérieures au 1^{er} avril 1947 sont validées. Pour la période 1936-1947, le demandeur doit justifier des salaires perçus chaque année, sauf cas de faits de guerre. Des justifications moins précises sont demandées pour les périodes antérieures à 1936. Il suffit alors de prouver que le salaire dépassait le plafond des assurances sociales. Les années validées donnent lieu à une attribution forfaitaire de points.

La convention prévoit encore que les entreprises adhérentes ou leurs fédérations se voient recommander par le CNPF l'adoption de régimes supplémentaires facultatifs de prévoyance « dont les bases sont à fixer librement par accord entre les intéressés ». La cotisation prévue est de 8 % de la tranche du salaire supérieure au plafond de la sécurité sociale et inférieure au plafond de l'Agirc. La moitié est à la charge de l'employeur, l'autre moitié à celle du salarié.

I.2/ Après l'Agirc, l'Arrco

La souplesse des dispositions mises en œuvre à l'Agirc a permis une montée en charge régulière et puissante d'un régime dont l'histoire est marquée par un constant élargissement du nombre des bénéficiaires. Ainsi, viennent s'adjoindre aux ingénieurs et cadres, les VRP, puis les visiteurs médicaux et dirigeants de sociétés. En 1962, un accord étend le régime aux agents de maîtrise et aux techniciens et assimilés. À cette date, 148 627 entreprises seront adhérentes à l'Agirc, soit 750 000 cotisants pour 195 000 allocataires de droits directs et dérivés. Le système était-il trop avantageux comme on l'entend dire encore quelquefois ? Il est vrai que, dans le contexte démographique et économique favorable de la reconstruction, les gestionnaires ont décidé entre 1952 et 1966 de n'appeler que partiellement les cotisations. Pas question à l'époque de refaire de la capitalisation en accroissant les réserves au-delà d'une année de cotisations. L'investissement des entreprises et la croissance y ont trouvé leur compte...

Le succès de la retraite des cadres ne pouvait laisser les non cadres indifférents. Dès 1948, les partenaires sociaux mettent en place au niveau de l'interprofession (expatriés, coopératives de consommateurs), des bassins d'emploi (Sud Est), des branches (papier carton, BTP, transports...), voire des entreprises (Renault, Sud Aviation...), des institutions, des caisses, voire des régimes. Ils le font sur le modèle de l'Agirc (des régimes en répartition, et par points) et en s'appuyant sur les organismes d'assurances ou mutualistes hérités parfois du 19^e siècle. Ce mouvement extrêmement rapide se traduit par une profusion d'organismes divers et variés. Le ministère du Travail en comptera environ 700 en 1956. Ce développement dans le plus grand désordre inquiète les partenaires sociaux. Ils redoutent que la création de régimes élaborés sans calculs actuariels préalables débouche sur une catastrophe. Ils vont tout faire pour opérer une remise en ordre.

Elle se fait en deux temps. Le 15 mai 1957, le CNPF, FO et CFTC – la CGT ne signe pas le procès-verbal – créent l'Unirs (Union nationale des institutions de retraite des salariés). L'objectif est de réaliser une compensation financière entre les organismes pour limiter le taux de cotisation des entreprises. Il s'agit d'une mutualisation de moyens à laquelle les institutions adhèrent sur une base volontaire. Elle vise à garantir la sécurité et la pérennité des retraites par une meilleure coordination au sein d'un régime unique. L'adhésion n'étant pas obligatoire, les plus grands groupes (AG2R, CRI, CNRO pour le



bâtiment), qui ont tissé leur toile sur tout le territoire et parfois constitué des réserves qu'ils ne veulent pas partager ou qui estiment que leur réseau régional peut servir de socle à un grand régime interprofessionnel de non-cadres, restent à l'extérieur de l'Unirs.

L'essor extrêmement rapide de l'Unirs (1 000 entreprises et 260 000 cotisants en 1957 ; 56 700 entreprises et 2 073 000 cotisants en 1961) incite les partenaires sociaux à voir plus grand. 144 310 entreprises et 1 867 500 cotisants restant hors de l'Unirs, le CNPF, FO et la CFTC signent, le 8 décembre 1961, l'accord portant création de l'Arrco. Paradoxalement – mais le conteste politique a changé – la CGT, qui avait signé en 1947 l'accord permettant aux cadres de bénéficier d'une retraite complémentaire, ne signe pas pour les ouvriers et les employés.

Échaudés par le demi-échec de l'Unirs, les fondateurs de l'Arrco ne visent plus le régime unique. 18 régimes, dont celui de l'Unirs, vont subsister avec des paramètres de fonctionnement distincts. Pour autant la création de l'Arrco est vécue à l'époque comme une victoire du paritarisme et comme une grande conquête sociale. 9 millions de salariés accèdent à un complément de retraite, mais surtout cette retraite est « rétroactive ». « Les anciens salariés ayant quitté l'entreprise depuis 1927 avec 10 ans de service y auront droit² », exulte France Soir.

À partir de là, l'histoire de la retraite complémentaire se résume à :

- ▼ l'élargissement de son périmètre d'application : rapatriés d'Afrique du Nord, mineurs, chômeurs dans les années 1960 et 1970 ; VRP, salariés agricoles, gérants de SARL, médecins, d'hôpitaux privés, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et biologistes dans les années 1980, enfin banques, assurances, agents de la sécurité sociale au début des années 1990. Résultat, au début des années 1990, l'Agirc comptait 55 caisses et l'Arrco 43 régimes et plus de cent institutions.
- ▼ l'amélioration des prestations par un relèvement de la cotisation (en 1965, à l'Arrco, elle passe de 2,5 % à 4 %) et par la loi Boulin de décembre 1971 (calcul de la retraite sur les dix meilleures années) ;
- ▼ la généralisation : la loi de décembre 1972 étend le bénéfice de la retraite complémentaire à tous les salariés assujettis au régime général et à la Mutualité sociale agricole et les accords du 6 juin 1973 obligent les cadres à cotiser à l'Arrco ;
- ▼ la réduction progressive du nombre de régimes pour parvenir, sur le modèle de l'Agirc, à un régime unique Arrco. Cette perspective ne deviendra réalité que... le 1^{er} janvier 1999.

II/ Du choc pétrolier de 1973 à l'accord de 2015

En matière de protection sociale, la grande rupture intervient en 1973 avec le « choc pétrolier » qui met fin aux Trente Glorieuses marquées par une période continue de forte croissance économique. Cet événement coïncide avec l'arrivée sur le marché du travail des générations très nombreuses du baby-boom. Il en résulte l'apparition d'un chômage de masse durable qui perturbe les équilibres sur lesquels se fonde la répartition. Partant

2 10-11 décembre 1961.

de là, deux grandes périodes sont à distinguer. De 1973 à 1993, les études et rapports se succèdent pour préparer l'opinion à l'idée que « l'âge d'or des retraites » est passé. 1993 marque alors, tant pour le régime de base que pour les complémentaires, l'entrée dans une phase de réformes qui restent « paramétriques ». Jusqu'à l'accord du 30 octobre 2015 porteur d'une promesse de « régime unifié » à partir du 1^{er} janvier 2019.

II.1/ Vingt ans de débats pour opérer une prise de conscience...

On aurait tort de penser que la vie des régimes complémentaires dans les années 1970-1990 fut un long fleuve tranquille. À l'Arrco d'abord, la direction générale éprouve au démarrage le plus grand mal à imposer ses vues à des institutions autorisées à conserver leur identité pour préserver les spécificités des professions qu'elles représentent. Résultat, les gestionnaires butent sur le fait que le montant des pensions varie selon les régimes de 1 à 4. Pour remédier à cette situation, il est décidé de définir chaque année un « rendement de référence » type³. À partir du 1^{er} janvier 1963, il est laissé cinq ans aux institutions pour ramener leur rendement à une valeur égale au plus à 110 % du rendement de référence. Cette méthode, progressive mais contraignante, se révélera efficace pour harmoniser progressivement le montant des pensions entre les caisses.

À l'Agirc ensuite, le régime souffre des relèvements incessants du plafond de sécurité sociale qui gonflent le nombre de « figurants » au régime, autrement dit de cadres qui gagnent moins que le plafond. Ces hausses de plafond, démarrées dès 1950, s'expliquent par les déficits récurrents de l'assurance maladie et le souci des pouvoirs publics d'augmenter les recettes. Elles provoquent des conflits à répétition entre la CGC et les pouvoirs publics. Entre 1956 et 1993, le salaire médian est multiplié par 17 et le plafond par 28. Quant au nombre de « figurants », il passe de 4 % des cotisants en 1973 à 20 % en 1993 et plus de 30 % en 2013.

La dégradation prévisible qui en résulte pour la retraite des cadres incite les assureurs, encouragés par les travaux du Plan, de l'Igas et par le Premier ministre Raymond Barre lui-même, à déclencher une vigoureuse offensive par voie d'affichage contre le principe de la répartition. Le conflit s'envenimera au point que l'Agirc portera son différend avec l'UAP en justice. Il faudra toute l'habileté politique du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale de l'époque, Jacques Barrot, pour éteindre un incendie qui ne tardera pas à reprendre.

Enfin, l'Agirc, comme l'Arrco, vivront très mal le choix fait par l'Union de la gauche en 1972, puis la décision politique prise par François Mitterrand (ordonnances du 26 mars 1982) d'abaisser l'âge de la retraite de 65 à 60 ans. On oublie souvent que la retraite à 60 ans fut mise en place pour les travailleurs manuels par Valéry Giscard-d'Estaing en décembre 1973 et que les députés abaissèrent l'âge de départ en retraite des femmes à 60 ans le 1^{er} juin 1977. Par ailleurs, c'est à partir de 1977 que se développent sur grande échelle les préretraites. Moyennant quoi, avant même que la gauche parvienne au pouvoir en 1981, plus de la moitié de la population française bénéficiait déjà de la retraite à 60 ans. Il n'empêche que les partenaires sociaux n'ont pas accepté que le pouvoir politique veuille leur imposer un déplacement de la borne d'âge qui dégrade de facto l'équilibre financier des régimes. Mais ils devaient tenir compte de l'attachement des Français à cette réforme emblématique. D'où la mise en place en 1983 d'une Association pour la structure financière (ASF), qui deviendra Association de gestion du fonds de financement (AGFF) en 2001. Il s'agit d'une sorte de régime intermédiaire, prévue pour durer sept années, qui finance les retraites complémentaires entre 60 et 65 ans via les cotisations qu'il prélève, une contribution de l'État liée aux économies réalisées sur les garanties de ressources et le produit de deux emprunts obligataires.

³ Le rendement d'un régime est la valeur actuarielle des prestations promises.



Parallèlement à ces grandes manœuvres visant à préserver une répartition mise à mal par le chômage et un « effet plafond » qui s'accroît, l'Agirc tente d'élargir sa base cotisante en intégrant plusieurs régimes de cadres supérieurs. Dans le même temps, les gestionnaires entendent répondre aux assauts incessants des assureurs par les travaux des VIII^e, IX^e et X^e Plans. Les rapports se succèdent à raison d'un ou deux par an. Les états généraux organisés par Jacques Chirac en 1987 ne débouchent sur rien. Il faut attendre la publication du « livre blanc » par Michel Rocard en 1991 pour y voir plus clair sur les perspectives de déficit dans tous les régimes, y compris les régimes complémentaires et entrevoir des solutions possibles.

II.2/ Et vingt ans de réformes qui n'ont pas fait bouger les lignes

La gauche ne faisant pas le premier pas des réformes, c'est Édouard Balladur qui reprend les propositions du « livre blanc » pour les traduire dans les faits. Cette réforme de 1993 (allongement de la durée de cotisations de 37 ans et demi à 40 en 2003, calcul sur les 25 meilleures années en 2008, poursuite de l'indexation des pensions sur les prix décidée dès 1989 par Philippe Séguin, mais surtout mise en place du Fonds de solidarité vieillesse qui aboutit très vite à fiscaliser quelque 25 % des dépenses vieillesse), suit de très peu la réforme allemande de 1989 et coïncide avec les réformes engagées en Grande-Bretagne et en Espagne. Mais elle ne touche en France que les salariés du privé. Elle impacte de ce fait les régimes complémentaires qui doivent négocier, dès 1993 à l'Arrco et en 1994 à l'Agirc, pour s'adapter à la nouvelle donne. Pour l'essentiel, les partenaires sociaux relèvent les taux de cotisations de 4 % à 6 % à l'Arrco et de 12 % à 16 % à l'Agirc et suppriment les « opérations facultatives supplémentaires » développées à tort dans le cadre de régimes en répartition.

Partant de là, les régimes complémentaires entrent dans une spirale de réformes qui ont quelques points communs entre elles.

- ▼ Toutes sont paramétriques et se limitent à déplacer les curseurs de leurs modalités de fonctionnement, notamment la durée exigée de cotisations, en vue de réaliser des économies.
- ▼ Toutes concourent à rapprocher l'Agirc de l'Arrco. Après une négociation unique aboutissant à trois accords en 1996, il n'y aura qu'une négociation et un accord commun en 2001 dont les annexes programment déjà un rapprochement Agirc-Arrco qui se matérialisera dans un GIE commun Agirc-Arrco en 2002.
- ▼ Toutes visent à réduire les coûts dans le système en réduisant notablement le nombre d'institutions. On en comptait 55 à l'Agirc au début des années 90 et plus de cent à l'Arrco. Ces chiffres sont aujourd'hui ramenés à une douzaine de groupes paritaires chacun ne devant compter qu'une institution Agirc et une institution Arrco. Au-delà, ces rapprochements favorisent la « convergence informatique » au sein des groupes et entre les groupes en vue d'une meilleure qualité de service. Ce sont les progrès réalisés à ce niveau qui permettront à partir de 2003 de donner un contenu au droit à l'information des assurés.
- ▼ Toutes vont dans la même direction, les complémentaires s'alignant sur les décisions prises dans le régime de base. En 2003 par exemple, la réforme

Fillon programme l'allongement de la durée de cotisation des fonctionnaires et prend une série de mesures pour relever le taux d'activité des seniors. Nicolas Sarkozy complète l'opération en 2009 en retardant l'âge de départ en retraite. La réforme Ayraut de 2013 reste dans le champ de réformes a minima sans rien changer au problème de fond. Celui d'un déséquilibre profond et durable pour des raisons économiques (une croissance en berne et des perspectives pour les années 2017-2027 peu encourageantes selon France Stratégie en janvier 2016) et des raisons démographiques (l'allongement continu de l'espérance de vie).

- ▼ Toutes ces réformes se sont faites alors que se poursuivait l'élargissement du périmètre d'application des régimes Agirc-Arrco avec l'intégration au début des années 1990 du personnel au sol d'Air France, des agents de la Sécurité sociale, des banques et des sociétés d'assurances.
- ▼ Toutes visent l'équilibre des comptes incontournable dans des régimes privés. Un équilibre d'autant plus nécessaire qu'après avoir tenté de faire prévaloir la règle du « ni-ni », ni régime public puisqu'on a affaire à des organismes de droit privé, ni régime privé puisqu'ils sont obligatoires, l'Agirc et l'Arrco choisissent en 2000 l'assimilation aux régimes obligatoires publics. Moyennant quoi si déficits il y a, ils seront comptabilisés avec ceux de l'État...

Conclusion provisoire : un régime unifié le 1^{er} janvier 2019

Les réformes à répétition intervenues depuis 1993 étaient nécessaires.

- ▼ Par un partage à peu près égal des sacrifices entre les actifs, les retraités et les entreprises, elles ont permis de préserver vaillamment le niveau des pensions. Selon la Drees⁴, le taux de remplacement par rapport au dernier salaire d'activité était encore en 2013 en France de 64 % contre 53 % en Suède et au Royaume-Uni et 47 % en Allemagne. Même si, comme c'est probable, une légère dégradation s'est produite depuis, la situation française reste incomparablement supérieure à celle de ses voisins.
- ▼ Cette situation n'a été rendue possible que parce que les mesures prises dans les années 1990 et suivantes ont permis l'accumulation d'importantes réserves. L'objectif était de faire face à « la bosse démographique » qui apparaissait en 2006 avec l'arrivée de la génération du baby-boom à la retraite. Cette année-là, le nombre de personnes arrivant à la retraite est passé de 350 000 à 700 000. C'est une situation qui devrait durer pendant près de 30 ans, la Drees observant, pour l'année 2013, une pointe à 760 000 départs contre 600 000 en 2012, conséquence de la réforme de 2010 reportant de deux années de l'âge de départ en retraite.

En 2014, les réserves atteignaient encore 6,7 Mds € à l'Agirc et 55,7 Mds € à l'Arrco. Au rythme des déficits et sans réforme, elles seraient épuisées à l'Agirc dès 2018 et il aurait fallu à cette date diminuer les pensions de 11 %. L'échéance est plus lointaine pour l'Arrco, mais l'issue n'est pas différente. D'où les négociations qui ont duré plusieurs mois en 2014-2015 pour se conclure le 30 octobre par un accord en deux temps. Sont d'abord prises des mesures d'urgence : report de la date de revalorisation des pensions et indexation inférieure à celle des prix. Les retraités paieront le gros de la facture (3,5 Mds €) avant que les actifs ne soient mis à contribution, à partir de 2019, avec l'introduction de coefficients de solidarité, autrement dit d'abattements d'autant plus importants que l'assuré part tôt en retraite. Ainsi se met progressivement en place la « retraite à la carte ». Le second volet de l'accord du 30 octobre 2015 prévoit, dans le prolongement de toutes les réformes intervenues depuis 1993, de créer, le 1^{er} janvier 2019, « un régime unifié » paritaire, en répartition et par points appelé à se

4 La protection sociale en France et en Europe en 2013, édition 2015



substituer aux régimes existants, mais reprenant l'ensemble des droits institués par les conventions de 1947 et 1961. Exit par conséquent l'Agirc et l'Arrco et place à un régime unique. Mais le plus dur reste à venir. Car si les principes de fonctionnement du nouveau régime unique et simplifié sont posés dans l'accord de 2015, encore faudra-t-il leur donner un contenu précis et définir leurs conditions de mise en œuvre. Conformément à ce que prévoit l'accord de 2015, un groupe paritaire a été mis en place pour proposer des règles de fonctionnement qui feront l'objet d'une étude d'impact d'ici au mois de juillet 2016.

Parallèlement, une négociation interprofessionnelle doit s'ouvrir à la rentrée pour définir les grandes lignes de la notion d'encadrement. Cette discussion, politiquement à haut risque, sur le « statut cadre » a pour but de préparer la mise en place d'un troisième niveau de pension, vraisemblablement en capitalisation, au profit des personnels ayant une réelle fonction d'encadrement. Objectif, concevoir un produit dont les engagements puissent être tenus sur le très long terme. Un redoutable défi dans un pays abonné depuis 75 ans à la répartition.

Histoire des complémentaires maladie

Par Jean-François CHADELAT

Inspecteur Général des Affaires Sociales honoraire et Président d'Honneur du Fonds CMU



Inspecteur général des affaires sociales honoraire, Jean-François CHADELAT a passé toute sa carrière au service de la Protection sociale française. Il a ainsi été Directeur général de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), directeur du Fonds de solidarité vieillesse et directeur du Fonds « Couverture maladie universelle (CMU) » de 2003 à 2012.

Introduction

Même s'il serait inexact, surtout aujourd'hui, de se limiter à parler de la Mutualité pour traiter du sujet des complémentaires santé, il n'en demeure pas moins que, d'un simple point de vue historique, la Mutualité est le facteur déterminant et de loin le plus ancien des complémentaires santé.

Il existe en 2016, trois familles d'intervenants sur le marché de l'assurance santé complémentaire : les Mutuelles, les Compagnies d'Assurance et les Institutions de Prévoyance (IP). Chacun de ces trois acteurs relève d'un code différent : le Code de la mutualité, le Code des assurances et le Code de la sécurité sociale.

En 1945, les mutuelles ont vu leur place historique sensiblement modifiée, les institutions de prévoyance sont apparues, dans la foulée des caisses de retraite complémentaire. Pour ce qui concerne les compagnies d'assurance, elles sont bien évidemment très anciennes, mais inexistantes dans le domaine de l'assurance santé en 1945.

Plusieurs périodes méritent d'être distinguées. La première période va de la fin du XVIII^e siècle jusqu'en 1945. La seconde s'étend pendant la deuxième moitié du XX^e siècle avec des dates clefs comme la loi Evin de 1989 et le nouveau Code de la mutualité en 2001.

Deux autres périodes méritent des développements, mais ceux-ci seront volontairement limités ici pour deux raisons : la première parce qu'un autre article du présent numéro les abordera plus en détail, la seconde parce que l'on quitte le domaine de l'Histoire pour rentrer dans celui de l'actualité. La première de ces périodes est celle qui traite d'une date très importante, la loi du 27 juillet 1999 créant la CMU-Complémentaire. La seconde est celle consécutive à la généralisation de la complémentaire santé. Elle débute avec le discours du chef de l'état au congrès de la FNMF à Nice en octobre 2012, suivi de l'ANI de janvier 2013, elle se poursuit avec les textes les plus récents, comme la LFSS pour 2016 qui essaye d'avancer sur le problème de la complémentaire santé des seniors.



I- La couverture santé jusqu'en 1945

À la fin du XVIII^e siècle sont apparues des caisses de secours mutuels, qui ont commencé à se structurer de façon autonome par rapport à leurs confréries ou corporations d'origine. Moyennant le paiement d'une cotisation, leurs membres bénéficient de prestations en cas de maladie. Ces caisses sont autogérées par leurs promoteurs qui en sont également les bénéficiaires. Contrairement aux compagnies d'assurance, elles ne s'occupent pas de savants calculs actuariels ; leur petite taille permet l'exercice d'une solidarité de proximité.

La Mutualité naissante n'est pas épargnée par la Révolution Française.

La loi Le Chapelier du 17 juin 1791 prévoit : « L'anéantissement de toutes espèces de corporation de citoyens du même état ou profession », le but étant de prévenir toute coalition ouvrière. Par contre, Le Chapelier vise les pauvres et les nécessiteux : « Ces caisses de secours ont paru utiles..., mais c'est à la Nation de fournir des secours aux infirmes ». Cet aspect est confirmé par la Déclaration des droits de l'homme de 1793.

Les Sociétés de secours mutuels se développèrent pendant la première moitié du XIX^e siècle et on en dénombre 148 en France en 1823. Les autorités les laissent faire du moment qu'elles ne développent pas d'activités extra-sanitaires.

Sous la II^e république, les sociétés de secours mutuels apparaissent comme les structures idéales pour la prise en charge du risque maladie (décret du 28 juillet 1848).

Napoléon III, qui voit dans ces sociétés la forme idéale pour protéger contre le risque maladie, ira plus loin en faveur des sociétés de secours mutuels, puisque le décret du 28 mars 1852 prévoit la création d'une société dans chaque commune, lorsque le conseil municipal est d'accord. En 1872, il en existe 5 793.

Dans les deux dernières décennies du XIX^e siècle, sont organisés régulièrement des congrès national de la Mutualité, le premier a lieu à Lyon en 1883. À chaque congrès, est réaffirmé l'attachement des mutualistes à l'éthique solidaire et à l'égalité de tous les adhérents devant les cotisations et les prestations.

La loi Waldeck-Rousseau de 1884 attribue aux syndicats la charge de défendre les conditions de travail et, de fait, limite les sociétés de secours mutuels à une mission sanitaire.

En 1898, on dénombre 11 825 sociétés, rassemblant près de 2 millions de membres.

La charte de la Mutualité voit le jour le 1^{er} avril 1898 et la Fédération Nationale de la Mutualité Française, le 28 septembre 1902, date de son acte constituant.

Les gouvernements de la III^e république accordent un soutien indéfectible à la Mutualité : « La Mutualité accomplit une œuvre véritablement nationale en particulier en luttant contre la maladie ».

En avril 1930, est promulguée la loi sur les Assurances sociales. Le soutien à cette loi a été admis par la FNMF dès son congrès de 1923, même si certains mutualistes y voient

la mort des sociétés de secours mutuels, par la disparition de toute idée de coopération et de solidarité.

Faisant valoir son expérience gestionnaire, la Mutualité devient la cheville ouvrière du système. Mais elle est instrumentalisée par l'administration pour le versement des remboursements de soins. Dans les années qui précèdent la deuxième guerre mondiale, les sociétés de secours mutuels restent établies sur une base territoriale ou corporatiste. Dès lors, patronat et syndicats font main mise sur la prévoyance des salariés au sein des entreprises. Se créent alors des sociétés d'assurance à forme mutuelle. C'est le cas en 1934 de la MAIF et de la GMF.

II- La création de la Sécurité Sociale en 1945

Avec la création de la Sécurité Sociale en 1945, la Mutualité va connaître un véritable tournant. Il apparaît d'emblée que la Mutualité ne jouera pas, auprès de la Sécurité Sociale, le rôle d'organisme gestionnaire qui avait été le sien auprès des Assurances Sociales.

Aux élections à la Sécurité Sociale de 1947, la Mutualité ne recueille que 10 % des suffrages, loin derrière la CGT et la CFTC. Les syndicats ouvriers sont donc les partenaires essentiels de la gestion de la sécurité sociale.

Qui plus est, la Mutualité s'arc-boute sur ses principes : maintien de l'acte volontaire individuel de prévoyance et lutte contre l'étatisation de la protection sociale. De surcroît, la liberté d'affiliation qui prévalait dans la législation sur les assurances sociales est supprimée et les assurés sont regroupés au sein de caisses primaires.

La loi de 1898 sur les sociétés de secours mutuels est abrogée et remplacée par un ensemble de règles qui deviendront en 1955, le Code de la Mutualité. L'ancienne désignation de « sociétés de secours mutuels » est remplacée par « sociétés mutualistes ».

La Mutualité se retrouve confinée dans les domaines restés en marge du régime de base, en particulier dans la couverture santé complémentaire des salariés, au niveau individuel comme, en partie au niveau collectif. C'est le secteur du « Ticket Modérateur », pour lequel le Code de la Sécurité Sociale reconnaît, dans son article L. 4, une exclusivité de principe aux organismes non lucratifs : mutuelles et institutions de prévoyance.

En 1946, la Mutualité décide cependant de s'intégrer dans ce nouveau paysage de la protection sociale. Se créent alors la MGEN, la MGPTT et la MGET.

La loi Morice de 1947 accorde aux sociétés mutualistes la possibilité de se transformer en sections locales de Sécurité Sociale. C'est de cette période que date la gestion de la sécurité sociale de base des fonctionnaires et des étudiants par des mutuelles.

Vers la même époque se crée l'Union des Caisses Chirurgicales Mutualistes. La mission mutualiste trouve un nouveau vecteur de développement.

La désaffection mutualiste pour la prévoyance collective d'entreprise plonge ses racines dans le divorce historique entre mutualité et mouvement ouvrier.

La Mutualité laisse alors le champ libre aux Institutions de Prévoyance (IP), d'autant plus que le décret du 8 juin 1946 confie les régimes complémentaires de retraites naissants, aux IP, dont certaines sont



l'émanation directe des compagnies d'assurance. Cette attitude de la Mutualité s'explique aussi par le caractère obligatoire de l'affiliation à ces régimes. C'est en effet antinomique de l'attachement quasi viscéral au principe d'adhésion volontaire, expression de la vision libérale défendue par la Mutualité.

Dans les IP, les partenaires sociaux construisent progressivement des dispositifs de protection complémentaire des salariés.

La complémentaire santé, jusqu'alors domaine quasi exclusif des sociétés mutualistes, s'ouvre avec le décret du 24 janvier 1956, qui légalise la présence des compagnies d'assurance, dans les contrats collectifs et en particulier dans le domaine des frais médicaux et pharmaceutiques.

Mais dans les années 1960, la concurrence dans le domaine de la complémentaire maladie est encore faible. Il est vrai que pour les IP et les compagnies d'assurance, le risque maladie ne nécessite que peu de réserves et provisions. Il est donc moins intéressant que celui de la prévoyance lourde, où les réserves mathématiques, constituées de capitaux provisionnant les engagements futurs, sont très importantes.

Au cours des années 1960, où naissent la MAAF, la MACIF et la MATMUT, qui se fédéreront dans le GEMA, une bataille se livre sur l'appellation « Mutuelle ». On distinguera les mutuelles historiques dites « Mutuelles 1945 » des compagnies d'assurance : « Société d'assurance à forme mutuelle ».

La mutualité, en plus de son activité de remboursement des soins de santé, crée des réalisations sanitaires : centre de soins, cliniques, pharmacies mutualistes, centres dentaire ou optique. Ces réalisations font bénéficier les adhérents de la pratique du tiers payant.

À la fin des années 1960, les compagnies d'assurance s'intéressent de plus en plus à la couverture maladie.

Les ordonnances Jeanneney de 1967 excluent complètement les mutualistes des conseils d'administration de la Sécurité Sociale.

Pour contrer l'expansionnisme des compagnies d'assurance, la Mutualité fait de la défense de la Sécurité Sociale, une priorité dont dépend son propre avenir.

Au début des années 1970, la Mutualité ne garantit guère que la complémentaire maladie et dans ce domaine, les compagnies d'assurance commencent à la concurrencer.

C'est aussi le cas des IP sur le terrain de la prévoyance en entreprise. Les IP, après s'être positionnées sur la retraite complémentaire et la prévoyance lourde, se tournent désormais vers la complémentaire maladie.

Malakoff, la CIPC et l'AGRR (1947), puis la CRI (1955), la CNRO (1959) sont des poids lourds qui ne faisaient pas d'ombre à la Mutualité, jusqu'au jour où ils se sont tournés vers la complémentaire maladie, après avoir saturé le secteur de la prévoyance lourde.

Les contrats collectifs obligatoires d'entreprises, commercialisés par les IP, se sont développés grâce à des exonérations fiscales et sociales très importantes.

III- La complémentaire maladie après le premier choc pétrolier

A – La Mutualité dans les années de la crise économique mondiale

Sans qu'il soit possible d'en donner une date précise, le champ de la complémentaire maladie est à la fin des années 1970 et dans les années 1980, ouvert complètement aux trois familles d'acteurs.

Avec la crise du premier choc pétrolier, la Sécurité Sociale et plus particulièrement le régime de base d'assurance maladie, rentre dans des crises financières à répétition, allant de déficits en déficits. Les plans de financement se succèdent, chacun contenant ses mesures d'économies.

Les mesures d'économies dans le domaine de l'assurance maladie se traduisent par de moindres remboursements du régime de base, donc, a contrario, par un champ supplémentaire ouvert à la complémentaire santé.

Les mutuelles s'y opposent avec plus ou moins de fermeté. Les compagnies d'assurance et les IP y voient plutôt l'occasion de développer leur chiffre d'affaire.

Quelques exemples illustrent ce propos.

En 1979, Jacques Barrot ministre en charge de la Sécurité Sociale, décida de mettre en œuvre une disposition contenue dans les ordonnances Jeanneney de 1967 : le Ticket Modérateur d'Ordre Public (TMOP), c'est-à-dire l'interdiction par un assureur complémentaire de prendre en charge une partie du ticket modérateur de la Sécurité Sociale. Les assureurs s'y opposèrent au nom du principe de « la liberté d'assurer et de s'assurer ». Le président de la FNMF lança pour sa part une campagne de protestation qui se traduit par l'envoi de plus de 6 millions de cartes à l'Élysée. Face à ce tollé, la mesure fut reportée. Mais on notera que, vingt ans plus tard, la loi du 13 août 2004 introduisit une franchise de 1 € non remboursable par quiconque, sans que cela ne suscite une opposition, autre que celle d'une charge supplémentaire laissée aux assurés.

En 1982, le plan Bérégovoy, utilisant les vignettes bleues créées en 1975, fit passer d'un seul coup 1 279 spécialités pharmaceutiques d'un remboursement à 70% vers 35%, et instaura le forfait journalier hospitalier. Les complémentaires prirent en charge ces dépenses supplémentaires, accroissant leur chiffre d'affaire et surtout accroissant leurs cotisations.

Dans les années 1980, la Mutualité recule face aux assureurs, qui, eux, tarifant en fonction de l'âge, peuvent attirer une clientèle plus rentable : les jeunes. Les mutuelles recueillent alors les catégories les plus consommatrices de soins, notamment les personnes âgées.

La distinction entre les opérateurs pose de plus en plus de problèmes. Certaines mutuelles commencent à utiliser des méthodes assurantielles.

Dans ce contexte, la réforme du code de la mutualité votée le 25 juillet 1985 était très attendue par le mouvement mutualiste.

C'est à cette occasion que le nouveau code distingue les mutuelles (au nombre de 7 000) des sociétés d'assurance à forme mutuelle (15). Des règles de réserves et de solvabilité sont posées. Le champ d'action de la mutualité est élargi en matière de prévoyance collective complémentaire, qui peut être obligatoire au sein d'une entreprise.



Ainsi le gouvernement officialise-t-il l'ouverture du secteur de la santé à la concurrence du marché, tout en le complétant d'un code de bonne conduite (non sélection des risques). Mais qui se soldera par un échec.

Le mouvement de concentration des mutuelles s'opère lentement mais systématiquement. Le congrès de la FNMF de 1988 en prendra acte comme « un phénomène naturel pour les groupements mutualistes qui deviennent progressivement des entreprises ». Un nouveau pas est franchi : les administrateurs mutualistes eux-mêmes utilisent le terme « entreprise ».

B – La loi Evin du 31 décembre 1989

Arrive alors la loi Evin du 31 décembre 1989. Son objectif est de protéger le consommateur contre la sélection des risques et, d'autre part, d'établir une concurrence loyale sur le marché de la complémentaire maladie. L'article 4 de la loi fait obligation aux organismes gestionnaires de contrats collectifs de conserver les retraités, chômeurs, invalides qui sortent de l'entreprise. Mais l'assureur santé peut majorer le tarif du contrat, obligatoirement identique, de 50 %. Ainsi, par exemple un actif qui avait un contrat de 100 payé à 50 par l'entreprise et 50 par lui, doit désormais payer seul 150. Le passage de 50 à 150 est un triplement. Si l'employeur participe à hauteur de 75, on arrive à un sextuplement !

Un second volet de la loi Evin marque un pas supplémentaire vers la banalisation de la mutualité. Désormais, compagnies d'assurance, mutuelles et IP sont officiellement placées sur le même plan. La loi entérine l'intervention des compagnies d'assurance sur le marché de la complémentaire maladie et permet aux IP de faire de l'individuel.

Dans les années 1990, jouant sur la baisse continue des remboursements de l'assurance maladie de base, les assureurs, en particulier par la voix de Claude Bébéar, PDG d'AXA, proposent de couvrir des groupes de personnes à partir du premier franc : « La santé n'est pas un marché, mais l'assurance maladie en est un ». Pour les assureurs, la complémentaire santé est un produit d'appel, qui permet de placer d'autres contrats auprès de leur clientèle.

En 1996, la réforme du plan Juppé autorise l'expérimentation de filières et réseaux de soins. AXA propose d'organiser un réseau au premier franc sur 50 000 habitants d'Ile de France. Le gouvernement lui a opposé une fin de non-recevoir.

L'idée de faire davantage intervenir les assureurs complémentaires dans la protection maladie, conduit l'aile la plus libérale de la politique française, à rechercher comment y parvenir.

C'est ainsi qu'en 2003, le ministre en charge de la Sécurité Sociale, Jean-François Mattei, commande un rapport sur « la répartition des interventions entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire sur la prise en charge des dépenses de santé ».

Son idée est de décharger la Sécurité Sociale de certaines dépenses en les transférant sur la complémentaire santé et, dès lors, de résoudre le problème du déficit de l'assurance maladie.

La réponse apportée par le rapport est sans ambiguïté : « compte tenu des poids respectifs des assurances obligatoires et complémentaires, il serait illusoire d'en espérer une solution aux déficits de l'assurance maladie ».

Par contre, le rapport indique bien que dans certains domaines, en particulier l'optique et les prothèses dentaires, le rôle des complémentaires est déterminant.

À l'occasion de ce rapport et des remous qu'il suscita, se manifesta une opposition totale à toute idée de « privatisation » de la Sécurité Sociale.

Les faits étant têtus, moins de quinze mois plus tard, la place des complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé, fut actée, avec la loi du 13 août 2004. Cette loi crée à la fois l'Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) mais aussi l'UNOCAM, union des complémentaires d'assurance maladie, pour instaurer un réel dialogue entre base et complémentaire.

C – Le Code de la Mutualité : Ordonnance du 19 avril 2001

La Mutualité doit également faire face à ce qui est pour elle un véritable séisme. Il s'agit des directives européennes 92/49 et 92/96 qui imposeraient au monde mutualiste de nouvelles et fortes contraintes. L'action des mutualistes freina leur transposition. La France se voit condamnée en 1999, pour manquement à cette obligation.

Le rapport Rocard de mai 1999, fait des propositions pour sortir de cette impasse. Il conclut à l'urgence et à la possibilité de transposer les directives. Il indique que les principes mutualistes de solidarité et de non-sélection des risques sont compatibles avec elles.

La séparation juridique et financière entre l'activité d'assurance et les œuvres sociales des mutuelles (pharmacies, cliniques,...) est adaptable aux spécificités mutualistes.

L'ordonnance du 19 avril 2001 relative au Code la mutualité, réécrit totalement ce code. Elle intègre le principe de spécialité, bien que contesté par le monde mutualiste, mais ménage des liens entre ces structures. Elle prévoit explicitement que les mutuelles de santé ont le droit d'offrir à leurs membres des réalisations sanitaires et sociales.

Un certain nombre de principes figurent dans ce nouveau code :

- ▼ Chaque adhérent est lié à la mutuelle par des relations contractuelles. Il participe au fonctionnement de la mutuelle par sa présence à l'Assemblée Générale
- ▼ Absence de sélection médicale
- ▼ Absence d'individualisation en fonction de l'état de santé
- ▼ Caractère viager de la garantie

IV- La CMU-C

La complémentaire santé est montée en charge progressivement dans la population française : 30 % en 1960, 65 % en 1980, 88 % en 1999 et environ 95 % actuellement.

En 1999, les pouvoirs publics apportèrent à la complémentaire santé un tournant majeur et ses lettres de noblesse. Pour la première fois un gouvernement prend en compte explicitement, et non plus implicitement, son existence.

Le problème de base est l'accès aux soins et son corollaire, le renoncement aux soins pour raison financière. Or, l'assurance maladie obligatoire ne prenant pas en charge la totalité des dépenses,



l'existence de restes à charge provoque des renoncements aux soins dans les deux premiers déciles de revenus des ménages.

Martine Aubry, ministre en charge de la Sécurité Sociale, considéra que, pour la première fois dans l'histoire des complémentaires, pour pouvoir accéder aux soins, il est nécessaire de disposer non seulement de la Sécurité Sociale de base mais aussi d'une complémentaire santé, en tout cas pour les assurés aux revenus les plus faibles.

Elle décida de mettre en place une complémentaire santé, offerte gratuitement, pour les assurés se trouvant en-dessous du seuil de pauvreté.

Non seulement la complémentaire était gratuite, mais cette CMU-C ainsi créée, dispose d'un panier de soins très complet et tous ces soins sont gratuits pour les Cmuistes.

L'idée de base de la CMU-C est de ne surtout pas créer une médecine de pauvre. Le Cmuiste doit pouvoir accéder à tous les soins, comme n'importe quel assuré social. Pour parvenir à cela, il est nécessaire d'imposer des contraintes aux professionnels de santé. Par exemple un médecin du secteur II devra pratiquer les tarifs du secteur I à l'égard des Cmuistes. Pour les dentistes, tous les tarifs des prothèses sont fixés par un arrêté. On se doute que les professionnels de santé n'accueillirent pas favorablement la loi.

Ils ne furent pas les seuls. En effet la ministre considéra que cette nouvelle complémentaire pouvait être gérée par les différents acteurs de la complémentaire santé, mais aussi par les caisses de Sécurité Sociale. Le président de la FFSA accusa des CPAM de captation de clientèle.

Les débuts de cette nouvelle complémentaire furent donc difficiles, mais le résultat fut obtenu. Pour le premier décile de la population, le taux de renoncement aux soins qui était de 30 % en 1998, tomba à 15 % en 2002.

Parmi les critiques qui furent portées contre la CMU-C, il en est une qui était tout à fait justifiée. Un très fort effet de seuil. Dépasser de 1 € le plafond de ressources fait que l'on passe d'une complémentaire de très bonne qualité à...rien.

Un remède fut apporté par la loi du 13 août 2004 avec la création de l'ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé. Cette aide est destinée aux personnes qui dépassent le plafond de ressources de la CMU-C de 35 % (ce taux de dépassement a été relevé à plusieurs reprises). Le principe de l'ACS est différent de celui de la CMU-C. L'ACS est un chèque santé, un bon d'achat, donné à son bénéficiaire pour qu'il l'utilise afin d'acquiescer la complémentaire de son choix.

Comme la CMU-C, l'ACS est sur le fond une excellente chose, mais elle aussi, peut-être plus que la CMU-C, souffre de graves défauts.

Le plus gros problème de l'ACS est son taux de non recours. Alors que le recours à la CMU-C est d'environ 70 %, celui de l'ACS oscille autour de 30 à 43 % en 2014. Cela veut dire que sur 100 personnes qui pourraient en bénéficier, un peu moins des deux tiers ne la demande pas. Par contre, lorsqu'ils ont leur chèque santé dans les mains, ils l'utilisent. De très nombreuses études ont été conduites par le Fonds CMU pour essayer d'expliquer

la raison de ce non-recours. Les causes sont sans doute multiples : un manque de notoriété, mais douze ans après sa création et compte tenu des très nombreuses campagnes de communication, cette explication ne saurait suffire. Une grande complexité, pourtant les démarches et les formulaires sont identiques avec ceux de la CMU-C. On peut penser qu'une raison principale à ce non-recours est ce que l'on appelle la « double peine ». En effet un bénéficiaire de l'ACS, à l'achat d'une complémentaire santé, ne reçoit un chèque santé que d'environ la moitié du prix d'achat, il doit donc déboursier de sa poche l'autre moitié et l'on est en droit de penser que, pour des personnes au niveau du seuil de pauvreté, il y a des dépenses plus importantes à faire que d'acheter une complémentaire. La deuxième peine réside dans le reste à charge sur les soins. En effet, le bénéficiaire de l'ACS, même aidé par le chèque santé, devant payer la moitié environ de son contrat, il se tourne vers des contrats bas de gamme, qui mécaniquement ne lui donnent que des prises en charge médiocres, d'où des taux de renouvellement assez faibles avant la réforme de 2015.

La LFSS 2012 lança l'idée d'une labellisation des contrats ACS. Malheureusement, l'UNOCAM bloqua cette évolution, les assureurs en particulier y voyant une forme de mise sous tutelle de leur marché. Deux ans plus tard, avec l'appui d'un rapport du HCAAM d'août 2013, la LFSS pour 2014 décida une mise en concurrence pour les contrats ACS. Finalement, 11 groupes de complémentaires furent retenus, proposant chacun trois niveaux de contrats. Entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2015, il semble que cette mesure aille dans le bon sens, tant en qualité des contrats souscrits, qu'en nombre de bénéficiaires.

Il est vrai que la forte progression des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, observée récemment, a de multiples causes. La première tient à la crise économique, qui augmente la pauvreté et la précarité et donc, la population cible de ces deux types de complémentaires. La seconde est le relèvement exceptionnel du plafond de ressources de la CMU-C (et par voie de conséquence de l'ACS) de 8,3 % au 1^{er} juillet 2013.

V- La généralisation de la complémentaire santé

La problématique de la complémentaire santé a connu un nouveau tournant majeur à la fin de l'année 2012. Respectant une tradition inaugurée par François Mitterrand au début des années 1980, le Président de la république, François Hollande, s'est rendu au congrès de la FNMF à Nice en octobre 2012. Quelques mois après son élection, à laquelle la Mutualité avait apporté un fort soutien, le Président s'est exprimé devant un public acquis à sa cause. Ses annonces sur la complémentaire santé sont importantes. Il propose de généraliser l'accès à une couverture complémentaire de qualité, sans obligation mais par incitation. Il note, citant la cour des comptes, que l'État a consacré 4 milliards d'aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire, dont les principaux bénéficiaires sont plutôt les cadres de grandes entreprises, et que les chômeurs et les retraités ont le plus grand mal à acquérir une complémentaire santé. Il indique que « ce gâchis financier et cette injustice sociale est inacceptable, et que ces aides doivent être réorientées pour en élargir le nombre des bénéficiaires. La fiscalité des contrats doit être revue pour favoriser le parcours de soins et avoir de vrais contrats responsables ».

Si effectivement, dès la LFSS 2014, les exonérations fiscales sont un peu rognées et qu'en 2015, la définition des contrats responsables fut corrigée, la généralisation voulue par François Hollande reçut une réponse surprenante dans l'ANI de janvier 2013, traduit dans l'article 1 de la loi sécurisation de l'emploi de juin 2013.

Ainsi, c'est par ce texte que les contrats collectifs obligatoires d'entreprise furent généralisés !



La généralisation des contrats collectifs obligatoires d'entreprise fait rentrer 4 millions de personnes dans le champ des contrats collectifs obligatoires, dont seulement 400 000 n'avaient pas de complémentaire santé, mais 3 600 000 basculent de contrats individuels vers des contrats collectifs. Il en coûte aux finances publiques 2,5 Mds €, à cause des exonérations fiscales et sociales. C'est d'autant plus choquant que le plan pauvreté qui augmente de 8 % les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS représente un coût de 250 M €, soit dix fois moins.

Ce sont principalement les employeurs des TPE qui doivent prendre en charge au moins 50 % du prix du contrat, qui subissent un accroissement de charge de 1 milliard d'euros, ceci représente un effet de 150 000 chômeurs supplémentaires. Furent ignorés ceux qui avaient vraiment besoin d'une complémentaire santé : les retraités, les jeunes, les chômeurs de longue durée et tous ceux dont les revenus très modestes les placent légèrement au-dessus des plafonds de ressources CMU-C et ACS.

Les contrats collectifs obligatoires d'entreprise sont le terrain d'action privilégié des Institutions de Prévoyance, gérées par les partenaires sociaux. Par deux fois, le Conseil constitutionnel censura le texte en indiquant qu'il faut des recommandations et pas des désignations. En effet, les partenaires sociaux sont juges et parties. Cette généralisation des contrats collectifs, dont la date butoir était le 1^{er} janvier 2016, donna lieu, au cours du quatrième trimestre 2015, à une bataille commerciale sans précédent.

S'agissant des retraités, les laissés pour compte de la généralisation de la complémentaire santé, ce n'est qu'avec la LFSS 2016 que fut prévue une labellisation afin d'obtenir, pour eux, les meilleurs contrats au meilleur prix.

Conclusion

Que de chemin parcouru depuis les sociétés de secours mutuel, jusqu'à cette « généralisation ». Les guillemets sont vraiment indispensables.

C'est un marché de plus de 33 milliards d'euros, qui provoque tous les appétits.

Les valeurs mutualistes n'existent plus qu'en pointillé.

Or, généraliser les complémentaires est une question biaisée dans la mesure où il existe des milliers de contrats différents, allant du contrat très bas de gamme au contrat très haut de gamme. L'action par la fiscalité pour bloquer les contrats irresponsables sera-t-elle suffisante, en particulier pour arrêter de solvabiliser les divers dépassements d'honoraires.

La forte concentration des acteurs de ce marché, va continuer à s'accroître.

Le tournant majeur de 2013, fera nombre de victimes.

Il faudrait, quand même que l'on commence par répondre à cette question : quel rôle veulent que les complémentaires jouent dans l'accès aux soins ?

Les organismes complémentaires en santé

Par Catherine Z Aidman, Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Catherine Z Aidman est économiste. Elle a commencé sa carrière à l'INSEE en 1975 en tant que chargée d'études sur les entreprises et les questions relatives à l'innovation et à la croissance, avant d'intégrer le Commissariat général du plan en 1991 en tant que chargée de mission sur les questions de protection sociale et de transferts sociaux. Elle a été ensuite nommée adjointe au sous-directeur de « la prévision et des études financières », à la Direction de la sécurité sociale (DSS) en 1997, puis secrétaire générale de l'observatoire de l'emploi public en 2000 à la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et enfin sous-directrice des « synthèses, études économiques et évaluation » à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2008, avant de rejoindre le HCAAM en 2014.

L'assurance maladie complémentaire joue aujourd'hui en France un rôle important, au côté de l'assurance maladie de base, pour assurer une couverture maladie de qualité à la grande majorité des Français. Avec une contribution de 14,5 % aux dépenses de soins, l'assurance maladie complémentaire¹ participe significativement à la réduction du reste à charge des ménages. En 2014 celui-ci s'élevait à 8,5 % des dépenses de soins en France. Parmi les principaux pays de l'OCDE, seuls les Pays-Bas avaient un reste-à-charge plus faible².

Les régimes de base en couvrant les risques les plus lourds permettent aux organismes privés, autorisés à proposer des couvertures maladie complémentaires (sociétés d'assurance, mutuelles ou encore institutions de prévoyance), de ne pas opérer de sélection de risques sur critère médical et de proposer ainsi des contrats financièrement accessibles à la grande majorité des français. Parmi les 95% de personnes disposant d'une couverture complémentaire, 89 % sont couvertes par un contrat d'assurance privée ; les 6 % autres l'étant par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), dispositif créé en 2000 afin de permettre aux familles aux revenus les plus modestes de disposer elles-aussi d'une couverture complémentaire.

1 Dans cet article l'assurance complémentaire regroupe les prestations versées par les organismes complémentaires, ainsi que les prestations versées par les régimes de base au titre de la CMU-C qui, dans les comptes de la santé, sont comptabilisées avec les prestations versées par l'État (invalides de guerre, aide médicale d'État et soins urgents). Ne sont pas prises en compte, en revanche, les prestations versées par le régime particulier d'Alsace-Moselle, ou le régime de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), régimes obligatoires non redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Ces deux régimes sont regroupés avec l'assurance maladie obligatoire de base. Ils ont versé en 2014 0,6 Md€ de prestations.

2 Pour ce pays, des réserves ont été émises par l'OCDE sur le niveau effectif de leur reste à charge dans la mesure où n'est pas comptabilisée dans ce chiffre leur franchise annuelle. En tenant compte de cette franchise annuelle, la France serait le pays où le reste-à-charge serait le plus faible en moyenne.



L'examen des couvertures proposées montre cependant que des disparités fortes existent entre les différents contrats d'assurance complémentaire proposés (entre contrats à adhésion individuelle ou contrats à adhésion collective) ; que les primes versées, si elles ne tiennent pas compte a priori de l'état de santé de la personne assurée, dépendent la plupart du temps de son âge ; ou encore que le recours à une complémentaire santé n'évite pas dans certains cas particuliers de devoir faire face à des restes à charge élevés.

Les constats qui peuvent être établis aujourd'hui sur la base des données disponibles, et qui vont être présentés dans cet article, doivent être regardés à l'aune des évolutions majeures en cours dans le champ de l'assurance maladie complémentaire, avec en particulier la mise en place cette année de l'accord national interprofessionnel de 2013 qui rend obligatoire la couverture santé complémentaire pour les salariés du secteur privé.

I- En 2014, 29 milliards de prestations ont été versés au titre de l'assurance complémentaire³

Selon les comptes nationaux de la santé⁴, 29,0 milliards de prestations ont été versés en 2014 au titre de l'assurance complémentaire.

Ces prestations viennent pour l'essentiel en complément de celles versées par les régimes de base : pour couvrir le ticket modérateur ou encore, dans certains cas⁵, les franchises et les participations forfaitaires laissés à la charge des assurés sur le montant de leurs dépenses reconnues par la Sécurité sociale⁶ ; les dépassements d'honoraires ou de tarifs pour les prothèses dentaires ou les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations⁷ ; ou encore des dépenses non remboursables mais considérées comme des dépenses de soins et biens médicaux⁸. En 2014, les dépenses de soins et de biens médicaux non pris en charge par l'assurance maladie de base s'élevaient à 43,7 milliards d'euros. Sur ces 43,7 milliards d'euros, l'assurance maladie complémentaire en prenait à sa charge 27,6 milliards d'euros (cf. graphique).

À ces prestations complémentaires, il faut également ajouter les remboursements de dépenses connexes, non considérées comme des soins et biens médicaux (les remboursements des dépenses de chambres particulières notamment). Ces prestations connexes se sont élevées à 1,4 milliard d'euros en 2014.

La part de la consommation de soins⁹ financée par l'assurance complémentaire s'élevait ainsi à 14,5 % en 2014.

3 Y compris CMU-C gérée par les régimes de base, mais hors CAMIEG et Alsace-Moselle.

4 Comptes nationaux de la santé 2014, édition 2015.

5 Pour les personnes bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS notamment (cf. ci-dessous).

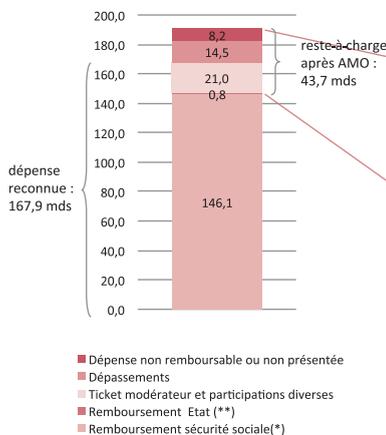
6 C'est-à-dire sur leurs dépenses présentées au remboursement dans la limite des tarifs opposables.

7 Sont notamment inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP), les lunettes, les prothèses et orthèses ainsi que les véhicules pour handicapés physiques.

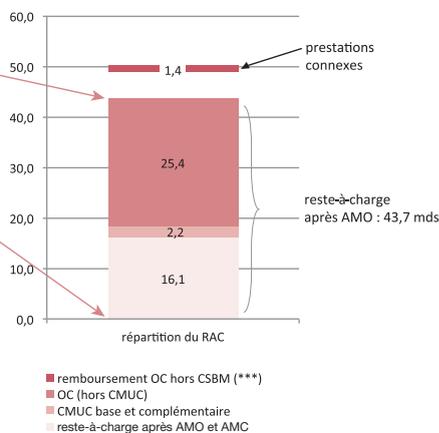
8 La catégorie des dépenses non présentées au remboursement ou non remboursables comprend : l'automédication et les médicaments non remboursables ainsi que certains soins non pris en charge (implants dentaires, soins effectués par des praticiens non conventionnés notamment).

9 Dépense de soins correspondant dans ce papier à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Consommation de soins en 2014



Répartition du reste-à-charge après AMO en 2014



NB : AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire ; CSBM : consommation de soins et biens médicaux ; OC : organismes d'assurance complémentaire ; CMUC : couverture maladie universelle complémentaire.

(*) remboursement Sécurité sociale et régimes Alsace-Moselle et CAMIEG.

(**) remboursement État au titre des invalides de guerre, de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents.

(***) prestations correspondant à des dépenses non considérées comme des soins et biens médicaux (chambres particulières notamment).

Source : comptes nationaux de la santé de 2014, édition 2015, DREES.

Cette part est en fait très variable selon le type de soins et biens médicaux¹⁰ : faible là où la prise en charge par les régimes de base est importante (6 % pour l'hôpital ou 5 % pour les transports notamment), elle peut être égale à celle des régimes de base là où la couverture de base est plus limitée (39 % pour les autres biens médicaux), voire même supérieure (41 % pour les soins dentaires), cf. tableau.

Cette couverture complémentaire bien qu'importante sur certains postes n'évite pas des restes-à-charge élevés pour le dentaire notamment.

Part des différents financeurs dans la prise en charge des consommations de soins

	AMO	État	AMC (*)	Ménages	total
Soins hospitaliers	91,1	0,4	6,1	2,4	100
Soins de ville	63,9	0,6	23,0	12,5	100
Médecins en ambulatoire	66,9	0,6	21,3	11,3	100
Auxiliaires en ambulatoire	79,0	0,3	12,1	8,7	100
Dentistes en ambulatoire	32,5	1,1	41,2	25,2	100
Analyses en ambulatoire	70,8	0,6	27,1	1,5	100
Transports de malades	93,0	0,3	4,9	1,8	100
Biens médicaux	61,6	0,4	21,8	16,2	100
Médicaments	69,1	0,4	14,6	15,9	100
Autres biens médicaux	43,3	0,3	39,6	16,9	100
CSBM	76,6	0,4	14,5	8,5	100

(*) y compris CMU-C prise en charge par les régimes de base

Source : comptes nationaux de la santé, retraitement de l'auteur pour l'AMC (y compris CMUC de base)

¹⁰ Y compris CMU-C prise en charge par les régimes de base (estimation de l'auteur sur la base des données DREES).

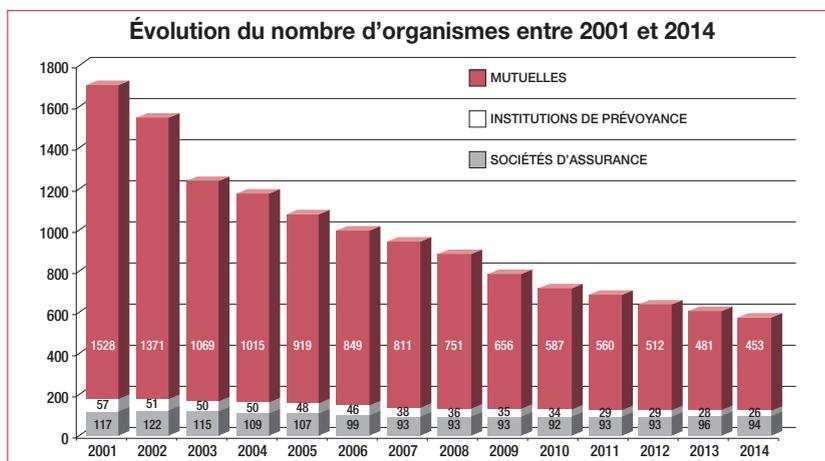
II- Trois types d'organismes se partagent aujourd'hui le marché de la complémentaire santé

La gestion de ces prestations complémentaires relève principalement d'organismes d'assurance privée (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance¹¹) et plus marginalement des régimes de base de l'assurance maladie en ce qui concerne la CMU-C. Créée en 2000, afin de permettre un accès à la complémentaire santé aux ménages aux revenus les plus modestes, ses bénéficiaires peuvent choisir pour la gestion de leur dossier, soit un régime de base de l'assurance maladie, soit un des organismes complémentaires autorisés.

Sur les 29 milliards d'euros de prestations complémentaires (y compris prestations connexes), les organismes d'assurance en ont versé 26,8 milliards d'euros au titre de leurs contrats d'assurance, les 2,2 milliards d'euros restant correspondent aux versements effectués au titre de la CMU-C, soit par les organismes d'assurance complémentaires (0,3 milliards d'euros), soit par les régimes de base de l'assurance maladie (1,9 milliard d'euros).

Sur ce marché de la complémentaire privée, les mutuelles sont prédominantes avec 53 % des primes collectées¹², suivies par les sociétés d'assurance avec 28 % et les institutions de prévoyance avec 19 % (données 2014¹³). La part des mutuelles diminue toutefois depuis plus d'une quinzaine d'années, elle était de 60 % en 2001.

Depuis de nombreuses années ce secteur est en pleine restructuration, sous l'effet de la concurrence et du renforcement des règles de solvabilité¹⁴, avec de nombreuses fusions-absorptions. Alors que l'on comptait en 2001, 1 702 organismes ayant versé une contribution au Fonds CMU, on en dénombre trois fois moins en 2014 (573 exactement, cf. graphique). Cette évolution a particulièrement concerné les mutuelles dont le nombre a été divisé par 3,4 ; mais également dans une moindre mesure les institutions de prévoyance (divisé par 2,2).



11 Hors régimes d'Alsace Moselle et de la CAMIEG (cf. note de page n°1 ci-dessus).

12 Le terme de primes correspond dans le code de la mutualité à celui de cotisations.

13 Rapport 2015 de la DREES sur la situation des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

14 Pour les mutuelles la transposition à ces organismes en 2002 des directives européennes relatives aux assurances a très nettement accéléré le processus de concentration.

Les contrats proposés par ces organismes complémentaires, très encadrés pour certains d'entre eux¹⁵, peuvent être de nature différente, selon qu'ils sont à adhésion individuelle ou encore à adhésion collective (dans le cadre d'un accord de branche ou d'entreprise). Selon le type d'organismes, le poids relatif de ces deux catégories de contrats diffère : les mutuelles et dans une moindre mesure les sociétés d'assurance proposent majoritairement des contrats à adhésion individuelle (71 % pour les mutuelles et 56 % pour les sociétés d'assurance), à l'opposé, les institutions de prévoyance sont pour l'essentiel positionnées sur des contrats à adhésion collective de branche ou d'entreprise (seuls 15 % de leurs contrats sont à adhésion individuelle, et ces contrats s'adressent pour l'essentiel à des anciens salariés antérieurement couverts par l'accord de branche ou d'entreprise).

III- Des contrats à adhésion collective plus avantageux pour les assurés que les contrats à adhésion individuelle

Cela n'est pas sans conséquences sur le niveau des garanties proposées par les différents types d'organismes et sur la structure de la dépense qu'ils remboursent.

Les contrats collectifs apparaissent aujourd'hui globalement plus couvrants que les contrats individuels.

Les garanties offertes par ces contrats sont généralement plus élevées que celles des contrats individuels. Parmi les personnes couvertes par les contrats collectifs, 66 % disposaient en 2013 d'un contrat de classe A ou B (les contrats les plus couvrants¹⁶), contre 9 % pour celles relevant de contrats individuels. À l'inverse, 48 % des personnes couvertes par un contrat individuel disposaient d'un contrat de classe D ou E, contre 9 % pour celles couvertes par un contrat collectif¹⁷.

Ainsi, par exemple, alors que les dépassements d'honoraires des spécialistes sont pris pour partie en charge dans 80 % des cas pour les contrats collectifs, ils ne le sont que dans 60 % des cas pour les contrats individuels. La prise en charge est en outre plus élevée dans les contrats collectifs : en 2013 une consultation de spécialiste payée 60 euros était intégralement remboursée (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 euro) dans 50 % des cas à un assuré ayant un contrat collectif, et dans seulement 20 % des cas pour ceux ayant un contrat individuel. Le même type de constat peut être fait pour les dépenses d'optique ou d'audioprothèse, les soins prothétiques et d'orthodontie ou encore les dépenses de chambre particulière et les forfaits journaliers, notamment en psychiatrie.

Ces écarts de couverture entre les contrats individuels et collectifs expliquent en partie les écarts de prestations versées par grand poste de dépenses selon le type d'organismes. On constate ainsi que les institutions de prévoyance se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurance car elles offrent une prise en charge proportionnellement plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux, notamment de l'optique.

Pour 100 euros de prestations versées, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 21 euros de prestations en optique contre 14 euros et 15 euros pour les mutuelles et les sociétés d'assurance. De même, elles reversent en moyenne 19 euros de prestations pour les soins dentaires contre environ

15 En particulier lorsque l'organisme veut bénéficier des allègements fiscaux (contrats dans ce cas appelés contrats responsables).

16 L'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires sur les contrats les plus souscrits permet d'établir une classification des différents contrats proposés. Ceux-ci sont classés en 5 classes, de la classe A à la classe E. Les contrats de la classe A sont ceux qui offrent la meilleure couverture et ceux de la classe E la moins bonne. Ces contrats se différencient essentiellement par le niveau de prise en charge des prothèses dentaires, de l'optique et des dépassements d'honoraires.

17 Ouvrage : « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties », Panorama de la DREES, édition 2016.



14 euros pour les deux autres catégories d'organismes¹⁸. Cela s'explique surtout par la prépondérance dans le portefeuille des institutions de prévoyance des contrats collectifs (complémentaire santé d'entreprise) dont les garanties sont souvent plus avantageuses pour les assurés, notamment en optique et dentaire. À l'inverse, les institutions de prévoyance reversent relativement moins de prestations en médicaments et en soins hospitaliers que les deux autres catégories d'organismes complémentaires. Ceci s'explique par les caractéristiques des bénéficiaires de ces contrats. Ceux-ci sont en moyenne plus jeunes et consomment donc moins ces deux types de soins.

Cette différence de structure – contrats collectifs / contrats individuels – entre les organismes n'est également pas sans conséquence sur le montant des prestations qu'ils versent comparativement aux primes qu'ils collectent¹⁹.

Les contrats collectifs ont en effet un retour sur primes meilleur que les contrats individuels. En 2014, le ratio prestations versées²⁰ / primes collectées s'établissait en moyenne à 86 % pour les contrats collectifs et à 75 % pour les contrats individuels²¹. Les charges de gestion²² plus faibles des contrats collectifs expliquent en partie ce résultat : celles-ci représentent 18 % des primes collectées des contrats collectifs et 21 % des contrats individuels. Ce résultat s'explique également mais dans une moindre mesure par une rentabilité plus faible pour les organismes complémentaires des contrats collectifs : exprimé en pourcentage des primes collectées le résultat technique des contrats collectifs est systématiquement inférieur à celui des contrats individuels. Quel que soit le type d'organismes (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance), on constate même que les contrats collectifs en santé sont rarement équilibrés ou excédentaires.

Ces différences entre contrats collectifs et contrats individuels peuvent trouver leur explication dans le pouvoir de négociation des branches et des entreprises qui permet à celles-ci d'obtenir des contrats meilleurs à des prix plus faibles. Une étude de la DREES réalisée, toutes choses égales par ailleurs pour les contrats individuels d'une part, et les contrats collectifs d'autre part (c'est à dire à caractéristiques identiques en termes d'âge des assurés, de taille de chiffre d'affaires, de nombre de salariés couverts par les entreprises souscriptrices, et de nombre d'ayants droit pris en charge) montre notamment que les frais d'acquisition des contrats collectifs des institutions de prévoyance sont plus faibles que ceux des mutuelles ou encore des sociétés d'assurance ayant des caractéristiques identiques : « les institutions de prévoyance peuvent en effet bénéficier de leur spécialisation sur les contrats collectifs et du fait que les entreprises peuvent être obligées de s'affilier à l'organisme assureur sélectionné à l'issue de la négociation collective (« clause de désignations²³ »). Les frais d'acquisitions, engagés lors de la négociation sont dès lors amortis (cf. rapport de D. Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective, septembre 2015) »²⁴.

18 Source DREES 2015, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, calcul de l'auteur.

19 Rapport appelé : taux de retour prestations / primes.

20 Les prestations versées correspondent aux sinistres payés et autres charges de prestations (variations des provisions techniques pour sinistres à payer et recours à encaisser, et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice).

21 DREES, la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, édition 2015.

22 Les charges de gestion comprennent les frais d'administration, les frais d'acquisition et les frais de gestion des sinistres.

23 Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les dernières clauses de désignation devraient disparaître d'ici 2018.

24 Rapport DREES 2015 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

IV- En 20 ans, la prise en charge par l'assurance complémentaire s'est accrue

Depuis les années 1950, l'assurance maladie complémentaire s'est largement développée. Alors qu'elle couvrait un tiers des assurés en 1980, la moitié en 1970, les deux-tiers en 1980 et les quatre-cinquièmes en 1998 (84 % selon l'enquête IRDES de 1998), elle en couvre aujourd'hui 95 %. La création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), en 2000, puis de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005, dispositifs destinés aux ménages aux revenus les plus modestes, ont permis son élargissement à des populations qui en étaient jusqu'alors exclues. Sur les 95 % de personnes couvertes par une complémentaire santé en 2012²⁵, 89 % l'étaient au titre d'un contrat d'assurance privée et 6 % au titre de la CMU-C.

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS)

La CMU-C, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est destinée aux ménages à revenus modestes. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources et offre une prise en charge complémentaire gratuite des soins (prise en charge du ticket modérateur, prise en charge également du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, et exonération des différentes participations forfaitaires et franchises). Ceux-ci ne sont en outre pas soumis aux dépassements d'honoraires et bénéficient de tarifs opposables pour les prothèses dentaires, l'optique et autres dispositifs médicaux. En 2014, le plafond de ressources pour bénéficier de la CMU-C s'élevait pour une personne seule de France métropolitaine à 720 euros mensuels. Pour la gestion de son dossier, le bénéficiaire peut choisir un des régimes de base ou un organisme complémentaire. En 2014, 14 % des bénéficiaires avaient choisi un organisme complémentaire, et 86 % un régime de base.

L'ACS, destinée à faciliter l'acquisition d'un contrat individuel d'assurance complémentaire, est venue compléter en 2005 ce dispositif d'aide aux familles aux revenus les plus modestes. Il permet de bénéficier de réductions de cotisations auprès des organismes d'assurance complémentaire allant de 100 euros annuels pour les moins de 16 ans à 550 euros annuels pour les 60 ans et plus. Les ménages bénéficiaires doivent avoir des ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %²⁶. Les bénéficiaires de l'ACS sont également exonérés du paiement des participations forfaitaires et des franchises²⁷ et bénéficient de tarifs sans dépassement d'honoraires.

Au 31 décembre 2014, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C s'élevait à 5,2 millions²⁸, et celui de l'ACS de 1,2 million, sachant que seules 79,3 % des personnes concernées avaient utilisé leur attestation ACS en novembre de cette même année.

Entre 1995²⁹ et 2014, la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance complémentaire s'est ainsi accrue de plus de deux points.

25 Enquête IRDES, santé et protection sociale de 2012.

26 Plafond majoré au 1^{er} janvier 2012 (antérieurement il était de 26% en 2011 et de 20% en 2010).

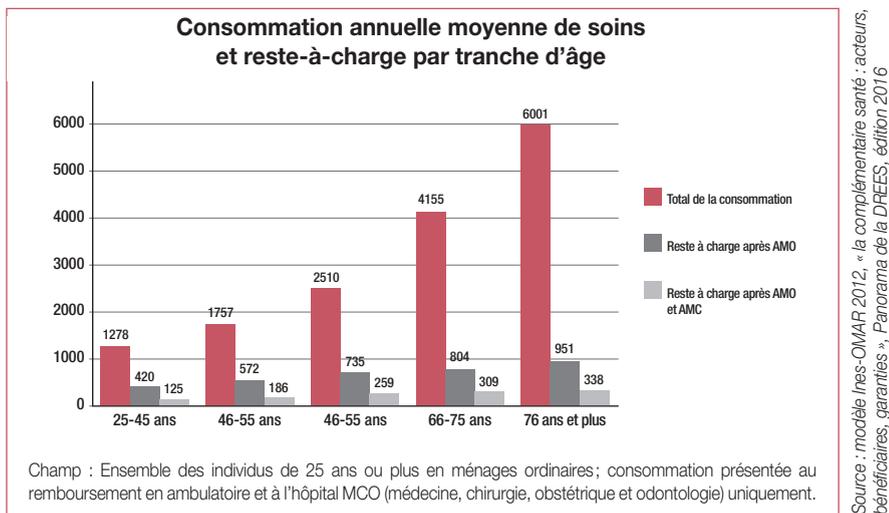
27 Exonération depuis 2015.

28 En augmentation nette par rapport à 2013 année pour laquelle on en comptabilisait 4,9 millions au 31 décembre. Cette augmentation est en partie due au relèvement exceptionnel du plafond de ressources (7% en termes réels) intervenu au 1^{er} juillet 2013.

29 Date à partir de laquelle on dispose de données permettant d'identifier les remboursements des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance.

Notons que le rôle joué par les organismes de base pour assurer une forte solidarité entre les assurés a rendu possible le développement des assurances complémentaires privées en réduisant le risque à couvrir entre bien portants et malades. Placés sur un marché concurrentiel, les organismes d'assurance privés doivent en effet pouvoir moduler les primes des contrats qu'ils proposent en fonction des risques encourus afin d'éviter que les « bons risques » ne se détournent de leurs offres.

Ainsi, alors que les dépenses moyennes des personnes en affection de longue durée (ALD) s'élevaient à 7 500 euros en moyenne annuelle en 2006³⁰ et celles des personnes non classées en ALD à 1 220 euros, leurs restes-à-charge après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire s'établissaient respectivement à 620 euros et à 400 euros en moyenne annuelle, soit une réduction des écarts de plus de 6 000 euros. Par tranche d'âge, on retrouve un résultat similaire : les personnes âgées qui sont généralement plus malades que les autres et qui présentent ainsi des dépenses au remboursement plus élevées que les autres, ont, après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, des restes-à-charge largement réduits, même s'ils restent supérieurs à ceux des autres assurés. Après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, les restes-à-charge s'élevaient en 2012 à 420 euros en moyenne annuelle pour les 25-45 ans et à 950 euros pour les 75 ans et plus (cf. graphique).



Cette redistribution selon l'âge est d'autant plus importante que les cotisations et contributions versées par les ménages aux régimes de base sont nettement décroissantes au-delà de 60 ans, les retraités ayant des cotisations sociales très limitées sur leurs pensions de retraite (taux de 1 % sur les retraites complémentaires) et des taux de contributions sociales réduits (les retraités pouvant être exonérés de contributions sociales ou taxés à un taux réduit selon le niveau de leurs revenus³¹).

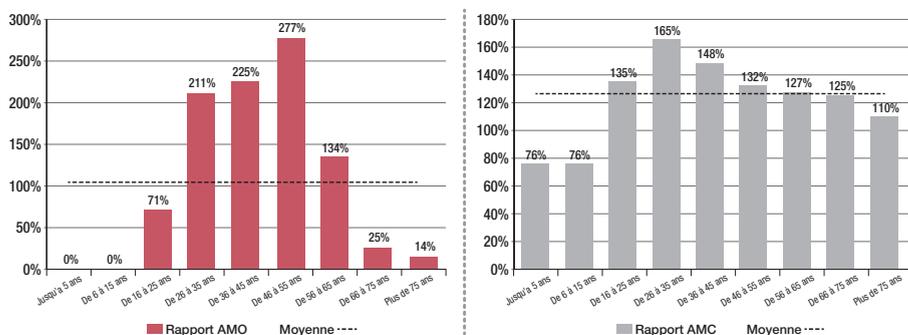
30 R. Legal, D. Raynaud et G. Vidal : « la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires », Comptes nationaux de la santé de 2009, édition 2010, DREES.

31 Cf. J. Duval, R. Lardellier et R. Legal : « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », Comptes nationaux de la santé de 2010, édition 2011, DREES.

La forte solidarité entre bien portants et malades qu'assurent les régimes de base permet ainsi aux organismes privés d'assurance de proposer des contrats individuels à la fois sans questionnaire médical, mais également avec une croissance des primes avec l'âge limitée³², malgré une prise en charge, elle aussi, accrue avec l'âge. Après prise en charge de la complémentaire santé, les restes-à-charge moyens des 76 ans et plus ne seraient plus que de 338 euros par an contre 125 euros pour les 25-45 ans.

Selon le modèle Omar-Ines de 2008 de la DREES, on notait par exemple que les rapports [contribution moyenne / remboursement moyen] des régimes de base et des régimes complémentaires avaient le même profil d'évolution par âge (une forme en cloche). La baisse de ce rapport aux âges élevés, marquant la solidarité intergénérationnelle opérée par les régimes de base et les régimes complémentaires, est toutefois moins prononcée pour les régimes complémentaires que pour les régimes de base (cf. graphique).

Contribution moyenne au financement rapportée aux remboursements moyens, pour l'AMO et l'AMC



Champ : Pour l'AMO, ensemble de la population. Pour l'AMC, tout individu bénéficiant d'une couverture maladie complémentaire. L'individualisation des primes se fait ici selon l'hypothèse qui n'attribue pas de cotisations aux ayants-droit des contrats collectifs. Pour l'AMO ne sont pas prises en compte les recettes indivisibles et les frais de gestion.

Note de lecture : un individu âgé de 46 à 55 ans contribue en moyenne à hauteur de 277 % aux remboursements moyens versés par l'assurance maladie à chaque membre de sa classe d'âge. Pour la même classe d'âge, un individu couvert par une assurance maladie complémentaire contribue à celle-ci en moyenne à hauteur de 132 % aux remboursements moyens qu'elle lui verse. Pour l'ensemble des personnes concernées les taux moyens s'établissent à 104 % pour l'AMO et 126 % pour l'AMC.

Source : Ines-Omar 2008. « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », DREES, comptes nationaux de la santé de 2010 (édition 2011)

V- Des niveaux de couverture différents selon les situations personnelles

Cette analyse globale masque toutefois des différences à la fois parce que les taux moyens ne rendent pas compte des dispersions de consommation et de prises en charge existant au sein des différentes catégories de population³³, ni des restes à charge qui peuvent dans certains cas être particulièrement

³² Selon les contrats individuels proposés, les primes peuvent être multipliées de 2 à 4 entre les personnes de 20 ans et celles de 75 ans. Notons que les contrats collectifs pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et de réductions d'impôts pour le salarié doivent être « responsables » et ne peuvent dans ce cadre appliquer de tarification à l'âge.

³³ La dispersion des consommations s'accroît notamment fortement avec l'âge (cf. comptes nationaux de la santé de 2010 : « la redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », DREES).

élevés, en particulier lorsque les personnes ne disposent pas d'assurance maladie complémentaire (cf. rapport du HCAAM de 2013), mais également parce qu'elle ne donne qu'une vue partielle des caractéristiques des contrats proposés par les différents types d'organismes.

L'analyse des contrats proposés par les différents organismes complémentaires montre, par exemple, que le niveau de garanties de ces contrats, outre le fait qu'il se différencie selon que l'adhésion est individuelle ou collective, est en partie dépendant du statut professionnel des personnes concernées. Les actifs en emploi, plus souvent couverts par un contrat collectif, bénéficient plus largement des contrats les plus couvrants et pour lesquels le retour prestations / primes est le plus élevé, à l'inverse les chômeurs, les bénéficiaires de l'ACS³⁴ sont ceux qui sont les plus représentés parmi les adhérents aux contrats aux garanties les plus faibles. De même, les retraités bien qu'ayant des besoins de santé plus élevés sont plus souvent représentés dans les contrats de milieu de gamme. Seuls 12 % des plus de 60 ans bénéficient d'un contrat collectif, contre 49 % pour les 25-59 ans, si bien que contrats collectifs et contrats individuels confondus, les plus de 60 ans ne sont que 12 % à disposer de contrats aux garanties élevées (catégorie A et B) contre 35 % pour les 25-59 ans, ils sont en revanche 46 % à disposer d'un contrat de milieu de gamme (catégorie C) contre 36 % pour les 25-59 ans.

Outre cette différence de niveau, on constate également un plus fort taux de non couverture pour les ménages les plus fragiles. Si les retraités disposent, comme le reste de la population, de contrats d'assurance complémentaire, il n'en est rien en ce qui concerne là encore les chômeurs et les personnes au foyer. Selon l'enquête de l'IRDES, 14 % de chômeurs, 9 % des personnes au foyer, et 14 % des autres inactifs ne disposeraient pas d'une complémentaire santé (cf. tableau).

Taux de personnes couvertes par une complémentaire santé, selon l'occupation principale et le type de couverture

Occupation principale	Avec une complémentaire santé					Sans complémentaire santé (en %)
	Ensemble (en %)	Collectif (en %)	Individuel (en %)	CMU-C (en %)	Indéterminé (en %)	
Actifs salariés du secteur privé	96,4	64,0	28,7	2,5	1,3	3,6
Actifs salariés du secteur public	97,4	21,7	73,1	2,1	0,4	2,6
Autres actifs (indépendants, PDG, etc.)	94,0	19,6	70,7	2,6	1,1	6,0
Chômeurs	86,2	16,5	44,2	25,0	0,5	13,8
Retraités	95,4	1,7	92,6	1,1	0,1	4,6
Femmes / hommes au foyer	91,1	19,0	51,5	20,3	0,3	8,9
Étudiants	95,1	42,0	48,9	3,4	0,8	4,9
Enfants	95,8	46,3	38,7	10,1	0,6	4,2
Autres inactifs	85,9	6,6	66,1	13,2	0,0	14,1
Non renseigné	93,6	4,1	86,2	3,3	0,0	6,4
Ensemble	95,0	34,7	53,5	6,2	0,7	5,0

Champ : France métropolitaine, personnes vivant en ménage ordinaire

Source : ESPS 2012, IRDES.

34 87 % des bénéficiaires de l'ACS sont couverts par des contrats individuels offrant des garanties de niveau D et E (les moins couvrants), alors que ces contrats individuels ne couvrent que 48 % de la population française (Fonds CMU).

Pour 53 % des personnes ne disposant pas d'une complémentaire santé, le manque de moyen financier ou encore le coût de la complémentaire serait le motif principal de leur non-affiliation.

Cela n'est bien évidemment pas sans conséquences sur les niveaux des restes à charge et sur les renoncements aux soins, en particulier là où l'assurance maladie de base a les taux de couverture les plus faibles. L'enquête de l'IRDES santé protection sociale de 2012, montre l'importance de ces renoncements pour les personnes n'ayant pas de couverture, en particulier pour les soins dentaires et l'optique (cf. IRDES, questions d'économie de la santé n°198, mai 2014). Ce sujet a été largement évoqué au HCAAM et analysé dans ses rapports annuels de 2011 et 2013, mais également dans son rapport particulier sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé³⁵.

VI- Les évolutions en cours qui pourraient modifier la donne

Les données présentées ne tiennent évidemment pas compte ou partiellement compte, selon les sources utilisées, des dernières dispositions prises afin d'améliorer encore la couverture santé :

- ▼ En premier lieu, en renforçant l'accès aux dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé aux ménages aux revenus les plus modestes :
 - ▷ que ce soit avec l'augmentation des plafonds de ressources pour l'obtention de la CMU-C et de l'ACS³⁶,
 - ▷ ou que ce soit par l'amélioration depuis le 1^{er} juillet 2015 de la lisibilité des contrats ACS avec l'établissement d'une liste de contrats sélectionnés après un appel d'offre. La baisse des primes permise par cet appel d'offre a été estimée entre 15 % (pour le contrat le plus couvrant) et 37 % pour le contrat le moins couvrant. Actuellement l'ACS est une des prestations pour lesquelles le taux de recours estimé est l'un des plus faibles entre 30 % et 43 % en 2014 (contre 64 à 77 % pour la CMU-C). Dans une étude l'IRDES³⁷ montre que les raisons le plus souvent évoquées de ce non-recours sont le manque d'information sur les critères d'éligibilité – nombre de personnes pensant ne pas être éligibles –, la complexité des démarches à engager ainsi que le coût de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.

- ▼ En deuxième lieu, en améliorant le contenu des contrats responsables et en encadrant certaines dépenses donnant lieu à des dépassements :
 - ▷ prise en charge illimitée par les complémentaires depuis 2015 du forfait journalier,
 - ▷ encadrement des prises en charge de certaines dépenses (optique notamment ou encore dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins) avec pour objectif de limiter ces dépassements.

- ▼ En troisième lieu, en généralisant, en 2016, la couverture santé d'entreprise, pour faire suite à la signature de l'accord national interprofessionnel de 2013, et en mettant en place une labellisation des contrats destinés aux seniors.

35 Cf. avis du HCAAM de juillet 2013.

36 Augmentations des plafonds de ressources pour l'obtention de la CMU-C (+7 % en réel au 1^{er} juillet 2013) et de l'ACS (plafond fixé à 35 % de celui de la CMU-C au 1^{er} janvier 2012, ce taux était de 26 % en 2011 et de 20 % en 2010).

37 IRDES : questions d'économie de la Santé, n°195, février 2014.



Lorsque les données seront disponibles, il sera nécessaire de prolonger l'analyse pour examiner l'impact de ces différentes mesures, tant sur le niveau et la qualité de la couverture pour les familles aux revenus les plus modestes, que sur les coûts induits sur la gestion globale du système, en particulier avec la mise en œuvre de l'accord national interprofessionnel.

Les régimes de retraites complémentaires aujourd'hui

Par **Philippe LAFFON**, *Secrétaire général du Haut Conseil du financement de la protection sociale*

Inspecteur général des affaires sociales, Philippe LAFFON a notamment été chef du bureau « Retraites et redistribution » à la Direction générale du Trésor et rapporteur général à la commission pour l'avenir des retraites, présidée par Yannick Moreau.

Il est de tradition de considérer que les systèmes de retraites s'organisent en piliers. Bien que les classifications soient multiples et débattues, on distingue fréquemment un premier pilier public, par répartition, destiné à assurer un niveau de vie minimal aux retraités, un deuxième pilier à fondement professionnel, géré en capitalisation et visant à assurer le remplacement du revenu d'activité, et un troisième pilier, individuel, reposant également sur la capitalisation. Le Conseil d'orientation des retraites retient pour sa part une approche en quatre niveaux en ajoutant au panorama un premier étage constitué de retraites « plancher », qui peuvent prendre la forme de minima de pensions ou de retraites universelles.

En pratique, aucun système national ne suit scrupuleusement ces catégorisations et chacun présente ses spécificités. L'originalité évidente du système français est le poids du pilier public obligatoire en répartition et sa subdivision en régimes de base et régimes complémentaires.

Ces régimes complémentaires, divers et multiples, portent le témoignage des origines professionnelles et bismarckiennes de notre système de protection sociale. Ce serait cependant une erreur que de considérer qu'ils constituent une rémanence historique vouée à perdre de sa pertinence, dans le cadre de l'évolution de la protection sociale vers une couverture plus universelle de la population, indépendante des statuts d'emploi et d'activité. Au contraire, c'est un mouvement de consolidation et d'extension de ces régimes à l'ensemble de la population qui est intervenu au cours des dernières années.

Depuis que la loi du 29 décembre 1972 a rendu obligatoires l'adhésion des entreprises et l'affiliation de leurs salariés à une institution de retraite complémentaire, les salariés sont couverts par les caisses fédérées au sein de l'AGIRC et de l'ARRCO ; ils peuvent cependant relever de l'IRCANTEC, lorsqu'il s'agit d'agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques, ou de la CRPN, pour les personnels navigants de l'aviation civile. D'autre part, la généralisation de la couverture complémentaire s'est étendue aux travailleurs non-salariés, avec la création de régimes spécifiques organisés selon une logique professionnelle. Enfin, on peut considérer qu'en dépit des multiples spécificités qui sont les siennes, le régime additionnel de la fonction publique (RAFP), créé par la loi du 21 août 2003, relève de la même ambition d'extension de la couverture complémentaire obligatoire en retraite.



Ces régimes revêtent une grande variété qui résulte des conditions historiques et professionnelles de leur édification. Ils s'insèrent cependant dans un ensemble dont le législateur entend qu'il fasse système : la question de l'articulation entre régimes de base et régimes complémentaires apparaît donc aujourd'hui déterminante et ouvre de multiples débats qui portent en réalité sur l'ensemble des paramètres et actions des régimes (affiliation, financement, calcul et gestion des droits, relations avec les assurés).

I- Une place déterminante au sein du système de retraites

I.1/ Une part importante dans les dépenses

Premier poste de dépenses de la protection sociale (46 % de celles-ci), les prestations destinées à la vieillesse et aux conjoints survivants se sont élevées à 307,5 Mds € en 2013, selon les comptes de la protection sociale¹. Les pensions de droit direct et de droit dérivé représentent 290,7 Mds € de cet ensemble.

Les régimes de retraites complémentaires obligatoires ont délivré 82,6 Mds € de prestations de vieillesse-survie et d'invalidité en 2013. Les prestations étant principalement des pensions de retraite complémentaire, ces dépenses relèvent essentiellement du risque vieillesse-survie, le risque invalidité n'étant pris en compte que pour des montants modestes (0,4 Md €, au sein des régimes de non-salariés). 88 % de ces prestations ont été versées par l'AGIRC et l'ARRCO.

En termes de répartition des dépenses, la place des régimes de retraites complémentaires apparaît donc comme minoritaire mais substantielle. Les régimes de base versent 71,6 % des pensions de droit direct, les régimes complémentaires 27,4 %, les régimes de la mutualité et de la prévoyance 0,6 % (soit 1,6 Md €). La part des régimes complémentaires est plus importante pour les droits dérivés (33,5 %).

Au regard des modes de couverture des autres risques sociaux, la place occupée par les régimes de retraites complémentaires apparaît spécifique. Les régimes de la mutualité et de la prévoyance ne couvrent ainsi que 12 % des dépenses liées au risque maladie. Mais leur nature est différente. Les régimes de retraites complémentaires sont obligatoires pour l'ensemble des salariés et non-salariés et constituent, avec leurs spécificités, une part de la couverture publique. C'est ainsi qu'en comptabilité nationale, ils figurent dans les administrations publiques, au sein de la catégorie des administrations de sécurité sociale et que, dans les comptes de la protection sociale, qui privilégient une approche par régimes, ils sont comptabilisés au sein des régimes d'assurance sociale.

I.2/ Un poids important dans la composition des pensions des retraités

Cette place déterminante dans les dépenses de retraites se traduit de façon très hétérogène dans la composition des pensions des retraités. Plusieurs phénomènes peuvent l'expliquer.

Le premier est l'inégal degré de maturité ou de contributivité des régimes. Un régime complémentaire récent (2003) et financé par une cotisation d'un montant modeste (3 %, pour les exploitants agricoles) ou portant sur une assiette limitée (rémunérations accessoires dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut, pour le RAFF) ne peut, par définition, pas encore servir de prestations (pensions ou rentes) d'un montant élevé.

1 DREES, « La protection sociale en France et en Europe en 2013, édition 2015 », mai 2015.

Le second a trait à la nature de l'acquisition des droits. Les régimes complémentaires fonctionnent en points et les pensions qu'ils versent sont directement proportionnelles aux sommes cotisées au long de la carrière. De surcroît, les cotisations acquittées sont dues jusqu'à des niveaux de rémunérations qui peuvent être élevés (8 plafonds annuels de la sécurité sociale pour l'AGIRC, soit 308 928 € en 2016). Leur part dans la retraite totale des salariés sera ainsi d'autant plus importante que le niveau de salaire d'activité aura été élevé. Dans son récent rapport sur la situation de l'AGIRC et l'ARRCO², la Cour des comptes observait ainsi que, pour une carrière rémunérée au niveau du salaire médian, soit 2 160 € brut par mois, la pension de retraite complémentaire représentait 360 € par mois (soit 25 % de la pension globale servie par les régimes obligatoires) quand, pour un cadre rémunéré au niveau du salaire moyen de cette catégorie (5 400 € brut par mois), elle représentait 1 400 € par mois (soit 50 % de la retraite totale) et pour un cadre rémunéré à 10 000 € par mois, 3 200 € par mois (soit plus des deux tiers de la retraite globale).

Le troisième a trait à la part affectée au financement des régimes de base et des régimes complémentaires, via leurs assiettes et taux de cotisation respectifs. Il est particulièrement évident pour les professions libérales, pour lesquelles les choix historiques des professions ont conduit à privilégier la part complémentaire, gérée dans le cadre des sections professionnelles de la CNAVPL. Le cas des praticiens et auxiliaires médicaux peut aussi être souligné : la prise en charge par l'assurance maladie, à hauteur des deux tiers, du financement du régime spécifique d'allocations supplémentaires de vieillesse (ASV), qui s'ajoute aux pensions de base et complémentaire, a conduit à modifier les parts respectives des différents piliers de la pension globale de ces professionnels. L'ASV représente ainsi environ 40 % de la pension des médecins de secteur I.

Dans ce cadre, la situation particulière des régimes publics et spéciaux doit être soulignée. Les paramètres de la pension de base permettent, sans intervention d'un étage complémentaire, de garantir des taux de remplacement suffisants, du fait des taux de liquidation (généralement, 75 %) et des rémunérations de référence (généralement, prise en compte des six derniers mois d'activité). Pour autant, comme on l'a vu, l'exclusion des primes de l'assiette de cotisation a justifié la création d'un régime additionnel spécifique applicable aux cotisants au régime des pensions de l'État (fonctionnaires civils et militaires, magistrats) ou à la CNRACL (fonctions publiques territoriale et hospitalière), sur la base d'une assiette qui n'intègre cependant pas l'intégralité de ces primes.

II- Des réalités multiples

La diversité bien connue des régimes de base du système de retraite français se traduit, par un mouvement parallèle mais qui n'est pas symétrique, dans le panorama des régimes complémentaires. Mouvement non symétrique car des reconfigurations interviennent. Non couverts par le régime général en base, les salariés agricoles (affiliés à la MSA) et les ministres du culte (couverts par la CAVIMAC) vont être affiliés à l'AGIRC-ARRCO pour leur assurance complémentaire vieillesse. En sens inverse, et bien qu'ils soient bénéficiaires de pensions de base du régime général, vont être affiliés à des régimes spécifiques les artistes auteurs (auprès des régimes gérés par l'IRCEC), les agents non titulaires de la fonction publique (auprès de l'IRCANTEC), les salariés de l'aviation civile (auprès de la CRPN). Enfin, les régimes des professions libérales sont gérés dans le cadre de dix sections professionnelles qui, si elles gèrent pour le compte de la CNAVPL le régime de base (commun), sont seules en charge de la gestion des retraites complémentaires (distinctes) des professions concernées.

Ces régimes sont marqués du sceau de la diversité. Leur périmètre est variable, les régimes d'indépendants notamment pouvant proposer des prises en charge en invalidité-décès ; leur forme

² Cour des Comptes, « Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO) », décembre 2014.



l'est également (si ce sont tous des régimes en points et par répartition, tous ne sont pas en répartition provisionnée) ; leurs paramètres (assiette et taux de cotisation, valeurs d'achat et de service) sont enfin multiples.

Cette variété résulte de l'histoire politique et sociale de la construction de la protection sociale des différentes professions ; elle s'explique aussi par l'évolution des conditions économiques des activités : ainsi, pour des indépendants, la valorisation et la transmission du patrimoine professionnel ont longtemps fait office de garantie contre le risque vieillesse, ce qui ne rendait pas nécessaire une protection complémentaire du même ordre que celle des salariés ; elle n'est enfin pas compréhensible sans analyser la latitude qu'a laissée l'ordre juridique aux professions pour définir leur niveau de protection sociale complémentaire, indépendamment des évolutions de la couverture de base.

Ces régimes complémentaires ont donc pour point commun de reposer sur une gouvernance confiant aux partenaires sociaux ou aux élus des professions un rôle déterminant en matière de pilotage et de gestion. L'intervention du pouvoir réglementaire, limitée de ce fait, prend des formes juridiques variées mais qui révèlent, quoiqu'avec une ampleur variable, une forme de dialogue avec les organismes et les professions, qui peut se traduire pour nombre d'entre eux par une co-construction des régimes.

En termes de gestion, le domaine peut être divisé en trois pôles principaux : le pôle AGIRC-ARRCO, le pôle des régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations (IRCANTEC, RAFF) et le pôle des régimes des non-salariés. Selon une logique par public, la distinction entre régimes de salariés et de non-salariés est probablement plus pertinente.

II.1/ Les régimes des salariés

L'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale précise que les régimes de retraites complémentaires des salariés sont mis en œuvre par des institutions de retraite complémentaire (IRC) et des fédérations regroupant ces institutions. Ces fédérations sont l'AGIRC (fondée par la convention collective nationale de 1947) et l'ARRCO (accord national interprofessionnel de 1961). L'ARRCO concerne aujourd'hui la quasi-totalité des salariés du secteur privé, y compris agricole, ainsi que les salariés du secteur public bénéficiant d'un contrat de droit privé ou les travailleurs indépendants assimilés aux salariés pour leur couverture de base, en application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale (gérants minoritaires de sociétés par exemple). Ces IRC comptent 18 millions de cotisants et 12,2 millions de pensionnés en 2014. L'AGIRC, qui compte 4 millions de cotisants et 2,9 millions de pensionnés, est réservée aux cadres et assimilés, ses ressortissants étant également affiliés à l'ARRCO pour la part de leur salaire inférieure au plafond de la sécurité sociale.

Les règles de fonctionnement des régimes AGIRC et ARRCO sont fixées par les accords et conventions qui les ont créés ainsi que par les accords nationaux interprofessionnels successifs qui les ont amendés. La nature conventionnelle des régimes se traduit dans la gouvernance des fédérations et caisses, dont les conseils d'administration sont composés paritairement de représentants des organisations d'employeurs et des organisations syndicales de salariés, ainsi que dans la portée limitée du rôle de l'État. Celui-ci autorise le fonctionnement des régimes et approuve les statuts et règlements des fédérations et IRC. Au plan juridique, celles-ci sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif

et remplissant une mission d'intérêt général, qui sont par ailleurs soumises au contrôle de l'IGAS. En pratique, les IRC appartiennent à des groupes de protection sociale (GPS), eux-mêmes administrés paritairement et qui regroupent, en sus des IRC, des institutions de prévoyance, des mutuelles ou d'autres organismes d'assurance de personnes. La cohabitation d'entités multiples, relevant d'un monopole (IRC) ou du champ concurrentiel (autres activités), a conduit à une séparation juridique et comptable stricte de ces activités au sein des groupes, les fédérations AGIRC et ARRCO étant en charge du pilotage et de la coordination des activités des 37 actuelles IRC – dont 34 sont regroupées au sein de 16 GPS et 3 n'appartiennent à aucun groupe.

Au-delà des missions de coordination et de contrôle, l'AGIRC et l'ARRCO ont évidemment pour première fonction de déterminer les paramètres et les conditions de l'équilibre financier des régimes, qui fonctionnent en points et sont exclusivement financés par les cotisations de leurs affiliés et les réserves qu'ils se sont constituées. Les cotisations, recouvrées par les GPS, s'appliquent à une assiette qui est celle des cotisations de sécurité sociale, et qui est divisée en tranches de revenus auxquels vont s'appliquer des taux différents (par exemple, 12,15 % de cotisation employeur et 8,1 % de cotisation salarié pour la seconde tranche de l'ARRCO, qui concerne les rémunérations comprises entre 1 et 3 plafonds de la sécurité sociale).

Second régime complémentaire de salariés, l'IRCANTEC concerne, depuis la loi du 20 janvier 2014, les seuls contractuels de la fonction publique de droit public, les contractuels de droit privé devant, à échéance d'un dispositif transitoire, être désormais affiliés auprès de l'AGIRC-ARRCO. Créé en 1971, ce régime comptait 2,9 millions de cotisants et 2 millions de retraités en 2014, pour 2,6 Mds € de prestations versées. C'est le décret institutif du 23 décembre 1970 – et non une loi – qui précise l'organisation du régime. Celui-ci dispose d'un conseil d'administration paritaire, associant représentants des salariés et des employeurs (État, collectivités territoriales et hôpitaux). Le conseil d'administration détermine les règles d'évolution de la valeur du point de retraite et du salaire de référence et en fixe, chaque année, la valeur. Il propose également au Gouvernement les évolutions des taux de cotisation, le décret fixant ces taux lui étant soumis pour avis. Le régime est géré par la Caisse des dépôts et consignations, qui recouvre les cotisations, liquide et verse les pensions, dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion tripartite (État, IRCANTEC et Caisse des dépôts et consignations), cas unique dans le champ des retraites complémentaires.

La Caisse des dépôts et consignations assure également la gestion administrative du RAFF, créé en 2003. Ce régime de retraite par répartition provisionnée et par points, permet aux fonctionnaires des trois fonctions publiques d'acquérir, depuis le 1^{er} janvier 2005, des droits à retraite assis sur les éléments d'assiette (primes et rémunérations accessoires, dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut) non pris en compte pour le calcul de la pension. Le taux de cotisation est de 10 %, réparti à parts égales entre l'employeur et le fonctionnaire. C'est l'établissement public gestionnaire du régime, l'ERAFP, qui fixe la valeur d'acquisition du point, son conseil d'administration ayant également pour mission de déterminer les engagements du régime, le montant de la réserve à constituer pour leur couverture et les orientations générales de la politique de placement des provisions, sujets naturellement fondamentaux pour un régime en répartition provisionnée. Ce conseil réunit des représentants des bénéficiaires et des employeurs, ainsi que des personnalités qualifiées. En 2014, le RAFF a bénéficié de 1,8 Mds € de cotisations et versé 305 millions d'euros de prestations ; il disposait de 23,5 Mds € d'en-cours en valeur boursière au 29 février 2016.

Enfin, doit être mentionné le cas particulier de la caisse de retraite du personnel navigant de l'aéronautique civile (CRPN), qui compte 29 000 cotisants et 20 000 pensionnés.



II.2/ Les régimes des non-salariés

Concernant les non-salariés, ce sont les mêmes organismes qui gèrent les pensions de base et les retraites complémentaires, à l'inverse du schéma applicable aux salariés. Ces régimes, à forte identité professionnelle, dirigés par des conseils d'administration élus par les affiliés, présentent de fortes spécificités tant par rapport à l'AGIRC-ARRCO qu'entre eux.

Le plus original est probablement le régime complémentaire des exploitants agricoles, que gère la MSA. Créé par une loi du 4 mars 2002, il comptait 500 000 cotisants et 730 000 bénéficiaires en 2015. Il vise à garantir un montant de retraite totale (base et complémentaire) au moins égal à 75 % du SMIC net, pour une carrière complète. De ce fait, il comprend une part importante de droits gratuits, qui résultent de deux mécanismes : l'attribution de droits aux exploitants affiliés à la MSA avant la création du régime d'une part, le bénéfice de compléments différentiels de points pour les exploitants dont le montant de retraite est inférieur à la cible de 75 % du SMIC d'autre part. Du fait de ces objectifs qui s'éloignent de la nature purement contributive des autres régimes complémentaires, il bénéficie pour près de la moitié de ses ressources d'impôts et taxes affectés (taxes sur les alcools et boissons non alcoolisées, taxes sur les tabacs, pour 287 millions d'euros en 2015). La cotisation des affiliés est de 3 % pesant sur l'ensemble du revenu professionnel, configuration ici à nouveau originale tant en raison de la modestie du taux que de l'extension de l'assiette, une assiette minimale étant de surcroît prévue pour les revenus les plus modestes.

Le régime complémentaire des artisans et commerçants, unifié depuis le 1^{er} janvier 2013, est géré par le RSI. Il fonctionne par points, en répartition provisionnée : l'excédent des cotisations par rapport aux prestations est capitalisé, le régime devant, en application de règles prudentielles, être en mesure de payer à ses bénéficiaires leurs droits, sur l'ensemble de leur durée de vie. Il est géré de façon autonome par le RSI dont le conseil d'administration détermine la valeur d'achat et de service des points. Le régime comprenait 2,1 millions de cotisants et 1,3 millions de bénéficiaires de prestations vieillesse en 2015. Il a versé 1,8 milliards d'euros de prestations vieillesse en 2015, auxquelles il faut ajouter les prestations invalidité-décès (320 millions d'euros) des deux régimes de commerçants et d'artisans. Ce régime complémentaire est financé par des cotisations vieillesse de 7 ou 8 %, selon que les revenus sont inférieurs au plafond ou compris entre 1 et 4 plafonds, et, pour les droits invalidité-décès, par une cotisation plafonnée de 1,3 %.

Les régimes complémentaires des professions libérales sont gérés par les dix sections professionnelles de la CNAVPL : CRN (Notaires), CAVOM (officiers ministériels), CAVEC (experts comptables), CARMF (médecins), CAVP (pharmaciens), CARCDSF (dentistes et sages-femmes), CARPIMKO (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux), CARPV (vétérinaires), CAVAMAC (agents d'assurance), CIPAV (architectes et autres professions³). Les paramètres de ces régimes résultent d'un dialogue entre les professions et les pouvoirs publics. Le pouvoir réglementaire agréé les règles, soit en approuvant par arrêté les modifications de leurs statuts et des règlements de leurs régimes qu'ont adoptées les caisses, soit en adoptant par décret des modifications qui ont été directement proposées par les caisses ou qui leur ont été, a minima, soumises pour avis.

³ Cette caisse a vocation à affilier toutes les personnes, non affiliées dans une autre section ou auprès de la caisse nationale des barreaux français, « exerçant une activité professionnelle non salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée » (L. 622-5). Elle affine également les « auto-entrepreneurs » exerçant des activités libérales.

Ce mode de définition des règles s'éloigne donc de l'autonomie des partenaires sociaux, à l'œuvre pour les retraites gérées par l'AGIRC et l'ARRCO.

Les valeurs de service et d'achat du point sont variables selon les dix sections professionnelles, qui ont cependant pour point commun de généralement prévoir un bénéficiaire sans décote des droits à un âge (65 ou 67 ans) postérieur à celui de la liquidation des pensions de base à taux plein. Les assiettes maximales varient de 3,5 PASS jusqu'à, à compter de 2020, 8 PASS pour les officiers ministériels. Les formes et les taux de cotisation sont tout aussi divers ; la plupart des sections associe cependant des cotisations forfaitaires et des cotisations proportionnelles par tranches de revenus. Les régimes invalidité-décès sont généralement financés par des cotisations forfaitaires, le cas échéant déterminées selon des tranches de revenus. En 2015, ces régimes complémentaires concernaient 665 000 cotisants (hors « auto-entrepreneurs ») et 322 000 bénéficiaires au titre de la vieillesse.

Pour les professionnels de santé conventionnés, s'ajoute à leur régime de retraite complémentaire un niveau de pension supplémentaire – et obligatoire – constitué d'allocations supplémentaires de vieillesse (ASV), qui sont financées par une cotisation forfaitaire et une cotisation proportionnelle que prend partiellement en charge, selon des modalités distinctes selon les professions, l'assurance maladie dans le cadre des relations conventionnelles. 350 000 cotisants sont concernés, la part de l'assurance maladie étant, pour simplifier, de 2/3. Ces prestations supplémentaires sont gérées par les sections professionnelles, comme la retraite complémentaire « de droit commun ».

Enfin, deux organisations spécifiques complètent ce panorama des régimes complémentaires.

Créé en 1979, le régime complémentaire des avocats est géré, comme le régime de base, par la caisse nationale des barreaux français (CNBF), qui ne ressortit pas à la compétence de la CNAVPL. Il fonctionne selon des modalités proches de celles applicables aux autres professions libérales (couverture vieillesse et invalidité-décès, classes de cotisations...) et couvre les avocats, que ceux-ci soient salariés ou non.

Les artistes-auteurs présentent enfin l'originalité, bien qu'ils soient affiliés au régime général de la sécurité sociale, de disposer de régimes complémentaires spécifiques gérés par l'institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création (IRCEC). Ils sont au nombre de trois : un régime des artistes auteurs professionnels (RAAP), un régime des auteurs et compositeurs dramatiques (RACD), un régime des auteurs et compositeurs lyriques (RACL).

III- Quelques perspectives

Les défis auxquels sont confrontés les régimes de retraites complémentaires ne diffèrent pas fondamentalement de ceux auxquels font face les régimes de base : l'équilibre financier, la justice et l'équité dans les droits, la relation avec les assurés et l'amélioration de la gestion sont sans conteste trois axes majeurs de préoccupation. L'évolution des dernières années est cependant marquée par le renforcement de la dimension inter-régimes et systémique de ces enjeux.

III.1/ L'équilibre financier

Exception faite du cas particulier du régime des exploitants agricoles, les régimes de retraites complémentaires sont exclusivement financés par les cotisations de leurs affiliés et les produits financiers issus de leurs réserves. Ils fonctionnent généralement en répartition provisionnée, le niveau des réserves devant mettre le régime en situation, soit de pourvoir à tous les engagements qu'il a souscrits (cas du RAAP), soit de le faire pour une période donnée (d'un à dix, voire vingt ans de prestations pour certaines sections professionnelles de la CNAVPL). L'ampleur des réserves, la dynamique des ressources et la



situation démographique vont logiquement être les trois termes de l'équation de l'équilibre financier des régimes.

À la différence des régimes de base, les régimes complémentaires ne sont pas réunis dans des systèmes de solidarité collective, de nature économique ou démographique, tels que les intégrations financières ou la compensation démographique vieillesse. Pour autant, ces régimes s'insèrent dans un système de retraites, composé de l'ensemble des régimes obligatoires, dont la soutenabilité est appréciée globalement, notamment dans les projections du Conseil d'orientation des retraites ou les avis du Comité de suivi des retraites.

Depuis 2005, le processus d'élaboration et de pilotage des finances publiques dans leur ensemble s'est fortement renforcé, notamment sous l'effet des règles européennes relatives à la surveillance mutuelle des finances publiques au sein de l'Union européenne, et plus particulièrement de la zone euro. Si, s'agissant de la sécurité sociale, des dispositions ont été prévues, notamment par la loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, pour organiser la cohérence entre engagements gouvernementaux (précisés dans les programmes de stabilité) et lois de financement de la sécurité sociale, le processus reste lacunaire s'agissant de régimes complémentaires obligatoires dont la gestion et le pilotage restent largement autonomes. Or, les perspectives d'évolution des comptes des administrations sociales décrites dans les programmes de stabilité, les lois de programmation des finances publiques et les rapports économiques, sociaux et financiers annexés aux projets de loi de finances incorporent des mesures, en dépenses et en recettes, portant sur les régimes complémentaires. Ainsi, en 2014, le rapport annexé à l'article 1^{er} de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 précisait que, sur les 20 Mds € prévus de moindres dépenses cumulées des administrations de sécurité sociale pour les trois exercices 2015, 2016 et 2017, 2 Mds € résulteraient d'efforts supplémentaires réalisés par les régimes de retraite complémentaire. Cependant, cet effort n'était pas documenté et l'engagement n'était pas partagé par les partenaires sociaux gestionnaires de l'AGIRC et de l'ARRCO, qui avaient leur propre calendrier et leurs propres objectifs d'économies.

Dans ce contexte, la Cour des comptes a estimé qu'un encadrement des dépenses des régimes AGIRC et ARRCO et la fixation de leurs trajectoires devraient donner nécessairement lieu, a minima, à une concertation préalable entre l'État et les partenaires sociaux, dans un cadre plus formalisé et plus précoce⁴, et, de manière plus ambitieuse, à une réflexion sur l'extension du champ des LFSS aux régimes conventionnels⁵.

En effet, à l'heure actuelle, les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent porter que sur les recettes, les dépenses et les soldes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, même si les annexes aux PLFSS destinées à l'information du Parlement peuvent traiter des dispositifs de protection sociale dans un champ plus large : c'est en particulier le cas des programmes de qualité et d'efficience (annexe 1 au PLFSS) qui comportent des indicateurs dont la portée est plus large que le cadre strict de la sécurité sociale, tels que le taux de pauvreté avant et après transferts ou le taux de remplacement des revenus d'activité par les pensions de retraite versées par les régimes de base et complémentaires.

4 Cour des comptes, « Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO) », décembre 2014.

5 Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 », notamment le chapitre V : « Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir ».

Sans se prononcer sur l'opportunité d'une loi de financement de la protection sociale, recommandée par la Cour des comptes, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a pour sa part étudié deux pistes de réflexion : d'une part, un enrichissement des documents qui accompagnent à titre informatif la transmission du PLFSS au Parlement, notamment les programmes de qualité et d'efficience ; d'autre part, un élargissement de l'annexe « B » de la LFSS, qui précise aujourd'hui les prévisions de recettes, de dépenses et de soldes de la sécurité sociale pour les quatre années à venir, et pourrait être complétée de tableaux relatifs aux perspectives financières quadriennales de l'UNEDIC et des régimes obligatoires de retraites complémentaires⁶. Des modalités appropriées devraient alors être trouvées, au regard des compétences des partenaires sociaux quant au pilotage de ces régimes, sur la concertation à opérer, ainsi que sur la présentation et le degré de détail des informations financières les concernant. Le Haut Conseil a également insisté sur le besoin, en amont même de la définition de ces objectifs partagés, de se fonder sur des projections elles-mêmes mieux coordonnées et partagées.

Ce cadre de négociation est d'autant plus nécessaire que, sur les recettes notamment, des discussions sont nécessaires.

À plusieurs reprises au cours des dernières années, ont ainsi été évoquées des idées de « swap » de cotisations, une hausse des cotisations des régimes conventionnels pouvant être gagée par une baisse parallèle des cotisations de sécurité sociale, à prélèvement constant. On l'a vu, le cadre juridique pour organiser ce type de mouvement fait défaut, dans un contexte où il faut tenir compte d'une double spécificité du financement des régimes complémentaires : l'absence de dispositif d'allègements de cotisations sur les bas salaires et l'absence de ressources autres que les cotisations. On peut à ce titre relever que la perspective du redéploiement du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègements de cotisations ou contributions sociales pose inévitablement la question de l'opportunité de pratiquer des allègements sur les cotisations chômage ou de retraites complémentaires et des moyens d'y parvenir. En effet, dans l'hypothèse d'une transformation totale du CICE en allègements, à paramètres constants, c'est-à-dire à niveau de soutien inchangé au long de l'échelle des salaires par rapport au cumul actuel des deux dispositifs, les taux d'allègement de cotisations devraient, à chaque niveau de salaire, être augmentés d'au moins 7,5 points – ce qui justifie une réflexion, technique et politique, sur l'implication des régimes conventionnels. La Cour des comptes a ainsi noté que « en cas de transformation totale du CICE en allègements généraux supplémentaires, un arbitrage devrait intervenir entre la préservation de la logique contributive de financement des régimes conventionnels, qui est au fondement même de leur fonctionnement et le maintien du niveau actuel du soutien public au niveau du SMIC »⁷.

III.2/ L'équité et la justice

Le même besoin de tenir compte de considérations inter-régimes s'applique sur les paramètres mêmes des droits puisque l'accent mis par les dernières réformes sur l'équité du système entre générations, entre sexes et entre régimes suppose d'examiner, en bloc, les pensions de base et complémentaires au regard de leurs effets sur ces considérations. L'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale fixe en effet au système de retraites pour objectif que : « Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent ».

6 Haut Conseil du financement de la protection sociale « Rapport sur la lisibilité des prélèvements et l'architecture financière des régimes sociaux », notamment son chapitre VI, Juillet 2015

7 Cour des Comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », septembre 2015, notamment le chapitre IV : « Les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir ».



La nature contributive des régimes complémentaires rend cependant leur apport à ces objectifs plus délicate à définir. L'harmonisation des droits entre régimes est une des solutions possible pour avancer en ce sens, sans que tous les paramètres des régimes soient requis d'y concourir.

Concernant les âges, il existe des spécificités, concernant les régimes complémentaires des professions libérales notamment, mais les régimes complémentaires ont historiquement « transposé » les décisions retenues pour les régimes de base. Dans cette perspective, la mesure prévue par le dernier accord AGRC-ARRCO et instaurant un bonus-malus (sur la base de « coefficients de solidarité » et de « coefficients majorants »), à partir de 2019 pour la génération 1957, peut poser débat. Elle vise à inciter les assurés à repousser leur âge de départ même quand seront remplies les conditions nécessaires pour partir avec une retraite à taux plein (âge légal et durée de cotisation) mais elle peut conduire à une moindre compréhension du système, et notamment des décotes et surcotes qui s'appliqueront dans les autres régimes, par les personnes qui vont liquider.

Les modalités de revalorisation des droits et des pensions sont également proches, l'indexation se faisant sur les prix pour les pensions et l'AGIRC-ARRCO ayant décidé de décaler au 1^{er} novembre cette revalorisation, à la suite du mouvement de passage du 1^{er} avril au 1^{er} octobre retenu pour le régime général. Cependant, les mesures temporaires de moindre revalorisation, retenues par l'AGIRC et l'ARRCO à partir de l'accord de 2013 et confirmées par l'accord de 2015, comme les mesures, temporaires également, de gel retenues pour les pensions de base (en cas de pension globale supérieure à 1 200 €) posent à nouveau la question de l'intelligibilité du système pour les assurés et de la complexité qui a trait au pluralisme de régimes, comme l'a montré en 2015 la difficulté à identifier des pensionnés ayant moins de 1 200 € de pensions tous régimes confondus.

Un sujet de rapprochement des règles qui demeure concerne les avantages familiaux et conjugaux. Des différences subsistent dans le bénéfice des majorations de pension pour enfants⁸ et l'octroi de points en cas d'interruption d'activité. De même, les cinq principaux paramètres des droits à réversion (âge minimal d'ouverture, conditions de ressources, taux de réversion, prise en compte de la durée de mariage, conditions en matière de remariage) sont très variablement définis tant entre régimes complémentaires que par rapport aux règles applicables dans les régimes de base du privé ou les régimes publics.

III.3/ La gestion

La gestion interne des régimes est à la fois l'un des sujets au cœur de leurs compétences, et sur lesquels partenaires sociaux et élus des professions souhaitent conserver une forte autonomie, et l'un des thèmes qui se prête a priori le plus à des coopérations renforcées entre régimes. L'absence de conventions d'objectifs et de gestion avec l'État (à l'exception de l'IRCANTEC) manifeste cette autonomie autant qu'elle prive peut-être les régimes d'un cadre de réflexion utile pour leur propre pilotage.

Pour autant, le pilotage des régimes et les coordinations inter-régimes se développent.

La montée en puissance progressive des fédérations AGIRC et ARRCO sur les sujets de pilotage et de coordination, de contrôle de la gestion des IRC et de mutualisations de leurs

⁸ Cette majoration n'est pas appliquée dans les régimes de retraite complémentaire des exploitants agricoles, des artisans et des commerçants, ainsi que dans les régimes de certaines professions libérales (CAVEC, CRN, CAVOM et CARPIMKO).

activités, comme la perspective annoncée de création d'un régime unifié au 1^{er} janvier 2019 sont autant d'éléments qui manifestent la dynamique de cette première évolution, au moins dans le champ des retraites complémentaires des salariés du secteur privé.

Concernant les coordinations avec les régimes de base, celles-ci sont au cœur des missions de l'Union Retraite, créée par la loi du 20 janvier 2014, et qui réunit les organismes de retraite obligatoire (de base et complémentaire) au sein d'un groupement d'intérêt public. A ainsi pu être créé, à la suite des premières réalisations du GIP Info Retraite, un cadre d'échange pour l'ensemble des projets de coordination, de simplification et de mutualisation qui doivent rendre le système de retraites plus simple et plus compréhensible pour les assurés. On notera que le premier contrat d'objectifs pluriannuels de simplification et de mutualisation de l'assurance vieillesse, qui lie pour la période 2015-2018 le GIP et l'État, offre d'ores et déjà aux régimes de base et complémentaires un programme ambitieux (et commun) sur ces sujets.

L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?

« Les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs et non celles de l'OCDE ou de ses pays membres. Les auteurs assument l'entière responsabilité d'éventuelles erreurs ».

Par **Valérie PARIS**, (OCDE), administrateur et **Dominique POLTON**, conseillère auprès du Directeur de la CNAMTS



Valérie PARIS est économiste et travaille depuis 2005 au sein de la division santé de l'OCDE. Elle a contribué à divers projets portant sur les caractéristiques et les performances des systèmes de santé et les politiques pharmaceutiques. Auparavant, elle était chercheuse à l'Institut de Recherche et d'Information en Économie de la santé (IRDES). Elle est titulaire d'un DESS d'économie et statistiques (Université Paris 1, 1990).



Dominique POLTON, économiste, est Conseillère auprès du Directeur général de la CNAMTS depuis 2014, après avoir été Directrice de la stratégie des études et des statistiques pendant 8 ans au sein du même organisme. Elle fut également Directrice de l'IRDES pendant 8 ans. Elle est l'auteure, en 2014, de « la santé pour tous ? » aux éditions La documentation française, ouvrage primé par le prix EN3S 2015 dans la catégorie « pédagogie ».

L'analyse comparative des dépenses de santé menée par l'OCDE depuis de nombreuses années montre que coexistent dans tous les pays, à des degrés divers, des financements publics (qu'ils soient apportés dans le cadre d'assurances sociales ou de systèmes nationaux de santé financés par l'impôt), des dépenses payées directement par les patients et des financements par des assurances privées. Cette intervention combinée de couvertures publiques et privées s'opère-telle selon le schéma que nous connaissons en France, retrouve-t-on le même modèle dans d'autres pays ? Ou au contraire, cette configuration est-elle assez spécifique à notre système de santé ?

Un examen approfondi montre que la situation de la France est effectivement particulière, tant par le niveau d'intervention de l'assurance privée que par le rôle qu'elle joue dans le système. Dès lors on peut s'interroger sur les avantages et les inconvénients d'un tel schéma de financement, au regard d'autres modèles possibles que l'on trouve chez nos voisins. La question se pose également, dans un contexte général de tension sur les finances publiques, de la dynamique d'évolution de ces différents modèles.

I- Un poids important de l'assurance privée en France

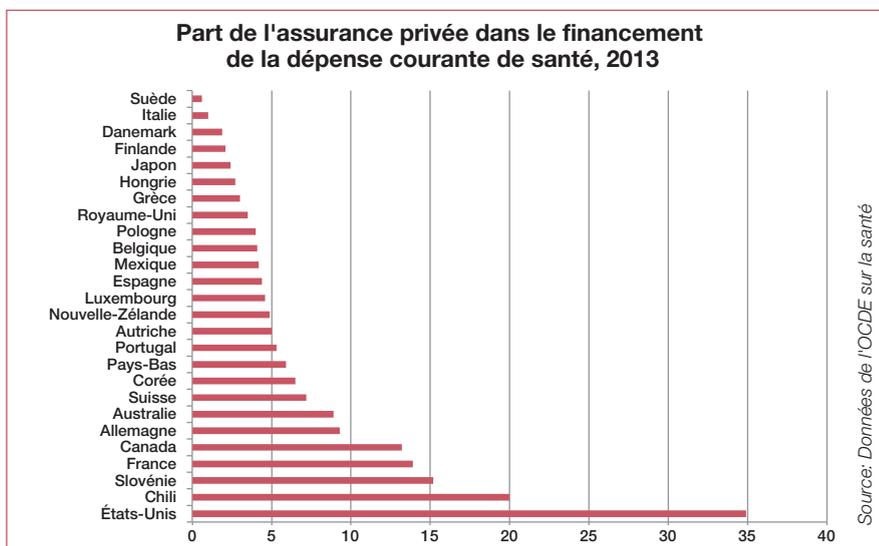
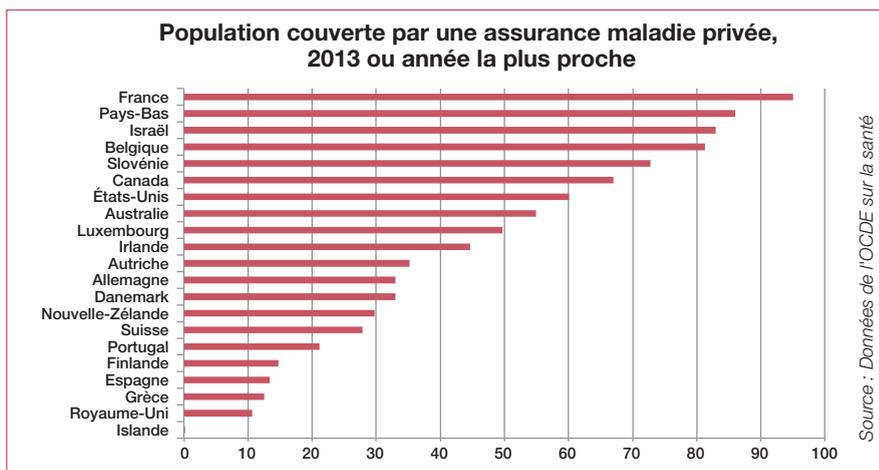
Par rapport à beaucoup d'autres pays, la France se caractérise par une place importante de l'assurance privée, non seulement en part de population couverte mais aussi en part de financement des dépenses.

La proportion de population couverte (95 %) est en effet la plus élevée parmi les pays de l'OCDE. La diffusion est également importante aux Pays-Bas, en Israël et en Belgique, avec des taux de couverture au-delà de 80 %. À l'inverse, l'assurance privée est faiblement implantée dans des pays tels que le

Royaume-Uni, la Grèce, l'Espagne, la Finlande. Elle est quasi-inexistante dans les autres pays nordiques, à l'exception du Danemark où un tiers de la population est couverte.

Lorsque l'on croise le niveau de couverture de la population avec le poids de l'assurance privée dans le financement de la dépense de santé, la spécificité de la France apparaît plus clairement.

En effet, si les assurances privées sont largement diffusées aux Pays-Bas ou en Belgique, en revanche la part des dépenses totales qu'elles prennent en charge est faible, de l'ordre de 4 à 5 %. La France, en revanche, combine une couverture quasi-exhaustive de la population et une part dans le financement assez élevée, de l'ordre de 14 %.



Nota : Dans les comptes de la santé harmonisés utilisés dans les statistiques internationales, jusqu'en 2013, les assurances privées de base, à caractère obligatoire et fortement régulées (primes, conditions de souscription, etc.), telles qu'elles existent en Suisse ou aux Pays-Bas, sont considérées comme des assurances sociales, c'est-à-dire comme un financement public. À l'inverse, l'assurance de base allemande privée est classée dans les assurances privées, tout comme l'assurance de base aux États-Unis.

Mais au-delà de cet aspect quantitatif, la question est aussi celle du **rôle de l'assurance privée dans le système**. Car il est très variable selon les systèmes de santé et de ce point de vue, le modèle français d'une assurance maladie à deux étages – l'assurance privée intervenant presque systématiquement en complément de l'assurance publique pour couvrir la part des dépenses restant à la charge des patients – est en fait assez peu répandu.

II- Un rôle de l'assurance privée spécifique

L'assurance privée peut jouer, dans les systèmes de santé, des rôles très différents.

II-1/ Elle peut constituer la couverture maladie de base pour une fraction de la population

Aux États-Unis, environ deux-tiers de la population sont couverts par des assureurs privés, qui sont en concurrence. L'assurance privée joue le rôle **d'assurance principale**. L'assurance publique n'intervient que pour garantir une couverture santé aux personnes de plus de 65 ans (à travers le programme fédéral Medicare), aux plus démunis (à travers les programmes Medicaid, gérés par les États) et aux vétérans. Les programmes publics couvrent 36 % de la population et environ 10 % de la population n'a pas d'assurance maladie.¹

Cette configuration n'existe pas en Europe. Dans quelques pays toutefois, une petite fraction de la population est couverte par des assurances privées. En Allemagne, par exemple, les salariés ayant un revenu mensuel supérieur à 4 500 € environ² peuvent opter pour une couverture par un assureur privé plutôt que par une caisse d'assurance maladie. Les travailleurs indépendants et les fonctionnaires sont également couverts par l'assurance privée³, ce qui représente au total 9 millions de personnes en 2012 (11 % de la population).

En Espagne, lorsque le système national de santé a été constitué dans les années quatre-vingts, les fonctionnaires (5 % de la population) ont gardé la possibilité de ne pas y être intégrés et d'être couverts par une assurance privée, ce que 85 % ont choisi.

On parle alors d'assurance privée **substitutive**, au sens où elle vient se substituer en totalité à la couverture publique pour une fraction (minoritaire) de la population.

La couverture maladie aux Pays-Bas a été organisée selon un modèle similaire jusqu'à 2006 : le tiers de la population ayant les plus hauts revenus pouvait contracter une assurance maladie auprès d'un opérateur privé et la finançait par des primes d'assurance, tandis que les deux-tiers restants étaient couverts par des caisses d'assurance maladie publiques financées par des cotisations. La réforme de 2006 a mis fin à ce système dual en instaurant une assurance obligatoire organisée et financée de manière identique pour l'ensemble de la population.

Dans tous ces pays, l'idée commune qui sous-tend un tel partage des responsabilités, même si elle s'applique à des degrés divers, est que le système public doit assurer en priorité la protection des plus vulnérables (aux États-Unis, ceux dont l'état de santé ou le niveau de revenus ne leur permettrait pas de s'assurer sur le marché privé).

1 Données 2013. Source : <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-253.pdf>. À noter qu'assurance publique et privée ne sont pas mutuellement exclusives.

2 Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1-296.

3 Les fonctionnaires (actifs ou retraités) sont exclus de l'assurance publique car le gouvernement leur rembourse directement une partie des soins ; ils contractent une assurance privée pour le reste.



II-2/- Elle peut couvrir des biens et services qui ne sont pas couverts par l'assurance publique

Ainsi aux Pays-Bas⁴, les contrats d'assurance privée souscrits par près de neuf personnes sur dix (une proportion proche de celle de la France), peuvent couvrir les soins dentaires (non pris en charge par l'assurance de base pour les adultes au-delà de 22 ans), les lunettes, la kinésithérapie (qui n'est prise en charge que pour certaines indications de maladies chroniques)⁵.

Le Canada constitue un autre exemple caractéristique. La totalité de la population résidente a accès aux services « médicalement nécessaires » sans aucune participation financière : la loi canadienne sur la santé de 1984 a en effet conditionné les subventions de l'État fédéral aux provinces à la suppression par celles-ci de tout mécanisme de ticket modérateur et de surfacturation, pour éviter que ceux-ci ne soient un frein à l'accès aux soins. Mais les soins visés par la loi (« médicalement nécessaires ») sont surtout les soins hospitaliers et les soins de médecins. Ainsi les soins dentaires, l'optique ou les médecines alternatives ne bénéficient de prise en charge dans aucune province. Et même au-delà, les médicaments, les professionnels de santé autres que médecins en dehors de l'hôpital, les soins à domicile, ... ne sont pas dans le champ de la loi. Ils relèvent le plus souvent de l'assurance privée volontaire⁶ ou de paiements directs, que viennent compléter des programmes publics ciblés sur des populations à faibles ressources, les configurations étant variables selon les provinces. Les assurances privées financent aujourd'hui 13 % de la dépense totale, une part similaire à celle de la France, mais selon le modèle radicalement différent d'une **assurance supplémentaire**, venant couvrir des biens et services exclus du panier de soins remboursé par l'assurance publique.

II-3/ Elle peut s'ajouter à l'assurance publique pour financer un meilleur accès ou une qualité additionnelle (notamment via l'accès à des prestataires privés)

En Espagne, en dehors du cas des fonctionnaires qui peuvent sortir du système national de santé (cf. supra), un sixième de la population souscrit volontairement un contrat avec un assureur privé. Ces contrats permettent de recourir à des réseaux d'hôpitaux et de médecins privés, et dès lors d'accéder plus rapidement que dans le système public à des avis de spécialistes ou à des actes chirurgicaux courants.

L'assurance maladie privée est alors **duplicative**, les primes payées viennent s'ajouter aux impôts ou cotisations permettant de financer la couverture publique. Elle est d'ailleurs encouragée par les pouvoirs publics : la loi de finances espagnole pour 2016 a prévu d'augmenter les avantages fiscaux liés à la souscription de ces contrats.

En Australie également, même si l'accès à l'hôpital public est gratuit pour tous depuis 1984, l'achat d'un contrat d'assurance privée est fortement encouragé par un mix d'incitations positives (subventions) et de pénalités financières en cas de non souscription. L'assurance privée, outre sa fonction d'assurance supplémentaire décrite supra (soins

4 Où les soins sont médicaux sont gratuits une fois que les assurés ont acquitté une franchise annuelle de 350 Euros.

5 Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1-229.

6 Sauf au Québec où l'assurance médicament est obligatoire.

dentaires, optique), finance l'accès à des hôpitaux privés ou au secteur privé au sein des hôpitaux publics. Les conditions hôtelières y sont meilleures (chambre particulière,..), les délais d'attente réduits, le choix du médecin garanti.

Le Royaume-Uni, l'Irlande constituent d'autres exemples d'assurance privée duplicative. Au Royaume-Uni, les médecins peuvent choisir de travailler exclusivement pour le National Health Service (NHS), ou bien d'avoir un contrat leur permettant d'avoir une activité privée en dehors du temps de travail dû au titre du service public. Les 11 % de la population du Royaume-Uni disposant d'une assurance privée (dont les trois quart sont des contrats de groupe pour des salariés d'entreprises) ont accès à cet exercice privé de praticiens du NHS ou à des structures totalement privées.

En Irlande, l'étendue de la couverture publique comporte deux niveaux : 30 % de la population (sur des critères de revenu ou d'âge) accède gratuitement à l'ensemble des soins, pour les autres les soins hospitaliers et les soins spécialisés prodigués dans les hôpitaux sont couverts, moyennant certains co-paiements, mais pas les autres soins. L'assurance privée couvre les restes à charge, mais elle permet aussi et surtout de couper les files d'attente en se faisant traiter en lit privé à l'hôpital public ou en établissement privé. De ce point de vue, l'Irlande est, avec l'Australie, le plus gros marché d'assurance privée duplicative au sein de l'OCDE.

Paradoxalement, ce marché a crû en Irlande alors même que la couverture publique s'étendait : initialement en effet, l'assurance privée avait été introduite pour couvrir les 15 % de la population ayant les revenus les plus élevés, qui n'avaient pas accès au système hospitalier public. La couverture publique a été étendue à cette population en 1979 (pour les hospitalisations) et en 1991 (pour les soins ambulatoires spécialisés à l'hôpital). L'assurance maladie privée a donc perdu sa fonction substitutive initiale. Pourtant, elle n'a cessé de progresser jusqu'à la deuxième moitié des années 2000. Les enquêtes d'opinion ont en effet constamment mis en évidence que la recherche d'un meilleur service et d'un accès facilité aux soins étaient les principales motivations pour souscrire une assurance privée volontaire, en lien avec l'expression d'une insatisfaction vis-à-vis des services⁷.

II-4/ Elle peut enfin couvrir les participations financières laissées à la charge des patients par l'assurance publique

Dans tous les exemples précédents, il y a une forme de séparation entre assurance maladie publique et privée : ce ne sont pas les mêmes populations, ou pas les mêmes biens et services couverts, ou pas les mêmes hôpitaux, ou secteurs au sein des hôpitaux, ou médecins. Un dernier modèle repose à l'inverse sur une intrication complète des deux opérateurs, qui couvrent les mêmes soins, prodigués par les mêmes professionnels et les mêmes établissements pour les mêmes populations : l'assurance privée joue un rôle **complémentaire**, en finançant les sommes qui restent à la charge des patients après intervention de l'assurance publique.

Ce modèle de co-financement est particulièrement répandu en France, les tickets modérateur et forfaits concernant l'ensemble des soins. Il existe également en Belgique, mais à un niveau bien moindre : les complémentaires, si elles couvrent plus de 80 % de la population, jouent un rôle beaucoup plus modeste dans le financement (4 % de la dépense totale, versus 14 % en France). La construction française d'une couverture à deux étages quasi-généralisée pour tous les types de soins apparaît donc bien comme assez singulière au sein de l'OCDE ; seule la Slovénie a une organisation proche de la nôtre.

⁷ Thomson S., Mossialos E. Private health insurance in the European Union - Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Juin 2009.



Le tableau ci-dessous récapitule les différents modèles d'articulation entre le système public et l'assurance privée qui viennent d'être décrits à grands traits⁸, ces modèles n'étant pas exclusifs et pouvant se combiner : ainsi l'assurance privée en Allemagne est à la fois substitutive et complémentaire (pour un montant financier beaucoup plus faible⁹) ; si elle est essentiellement complémentaire en France, elle est aussi dans certains cas supplémentaire (chambres particulières, lentilles de vue...) ; elle est duplicative et complémentaire en Irlande, duplicative et supplémentaire en Australie, etc.

		Articulation avec le système « public »	
		Personnes couvertes par le système « public »	Personnes non couvertes par le système « public »
Services de santé couverts par l'assurance privée	Services de santé « de base »	Assurance maladie privée duplicative (Australie, UK, Espagne, Irlande)	Assurance maladie privée primaire :
	Frais laissés à la charge de l'usager par le système public	Assurance maladie privée complémentaire (France, Belgique)	- Principale (USA) - Substitutive (Allemagne)
	Services non inclus dans le « panier » de l'assurance de base	Assurance maladie privée supplémentaire (France, Belgique, Canada, Suisse, etc...)	

Source : Adapté de OCDE (2004), *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*.

III- Les avantages et les inconvénients des différents modèles

Dans tous les modèles, l'articulation entre l'assurance publique et de l'assurance privée soulève un certain nombre de problèmes et génère des effets pervers.

III-1/ Les configurations existant dans d'autres pays

Le modèle d'une **assurance privée substitutive pour les hauts revenus**, qui a existé dans plusieurs pays européens, disparaît progressivement au fil de réformes qui accroissent l'universalité de la couverture (Irlande, Pays-Bas), sa survivance en Allemagne faisant plutôt figure d'exception.

En permettant aux plus aisés d'échapper à des contributions qui sont en général, dans le système public, fonction des revenus, un tel modèle limite la redistribution verticale (c'est-à-dire la redistribution entre riches et pauvres). Par ailleurs, les rémunérations souvent plus favorables que les assureurs privés pratiquent pour les professionnels de santé (c'est le cas en Allemagne, avec des tarifs supérieurs à ceux de l'assurance publique) peuvent inciter à favoriser les patients assurés en privé, avec le risque d'une médecine à deux vitesses que beaucoup dénoncent Outre-Rhin¹⁰.

8 On ne traite pas ici le cas d'assureurs privés en concurrence gérant une assurance de base à caractère obligatoire, dans un système de compétition fortement régulé, telles qu'elles existent en Suisse ou aux Pays-Bas.

9 En 2012, les montants de primes étaient de 25,9 milliards d'euros pour la partie assurance de base, de 7,0 milliards d'euros pour la partie complémentaire. Source : Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1-296.

10 A l'inverse, les partisans de l'assurance privée avancent l'argument selon lequel cette meilleure valorisation des actes des professionnels permet a contrario à l'assurance publique de pratiquer des tarifs plus bas ou de ne pas augmenter les tarifs.

Dans ces configurations à deux compartiments, des problèmes de sélection des risques viennent souvent aggraver les déséquilibres et les inégalités, comme l'illustre bien l'exemple des Pays-Bas. Rappelons qu'avant la réforme de 2006, le système était dual, la couverture obligatoire étant limitée aux deux tiers de la population les moins aisés (affiliés à la caisse publique de leur zone géographique), tandis que le tiers ayant les plus hauts revenus avait le choix entre l'absence d'assurance, l'affiliation à une caisse publique ou à un assureur privé. Un tel système a rapidement abouti à l'écrémage par les assureurs privés des bons risques grâce à des tarifications segmentées, les personnes les plus malades ne pouvant s'assurer qu'à un coût prohibitif et étant dès lors amenées à choisir l'assurance publique : ce n'était dès lors pas seulement la redistribution entre riches et pauvres qui était réduite (la prime d'assurance moyenne étant beaucoup plus faible qu'une cotisation proportionnelle aux revenus), mais aussi la solidarité entre bien-portants et malades. Plusieurs régulations successives ont été nécessaires pour tenter de corriger ces effets pervers avant que les néerlandais ne mettent fin au système dual en instaurant en 2006 une assurance obligatoire universelle¹¹. En Allemagne, de la même manière, les assurés privés sont en général en meilleure santé que les assurés sociaux¹² et la probabilité de passer du secteur privé au secteur public augmente lorsque les assurés connaissent un problème de santé.¹³

L'existence d'une **assurance privée duplicative** génère aussi des incitations perverses. Dans le NHS anglais, un praticien exerçant à la fois en secteur public et privé a intérêt, quand il reçoit un patient qui a besoin d'une intervention chirurgicale, à l'encourager à la réaliser « en privé », ce qui générera pour lui des revenus additionnels, plutôt que dans le public où il est rémunéré forfaitairement. Or les ressources humaines étant globalement contingentées, plus les praticiens consacrent de temps aux patients privés, plus les listes d'attente dans le secteur public risquent de s'allonger, ce qui accroît l'inégalité de traitement entre patients¹⁴. Des travaux récents montrent effectivement une corrélation entre le taux de couverture par l'assurance privée et les temps d'attente, sans que l'on puisse établir clairement le sens de la causalité, qui peut être inverse (des délais longs induisant une demande d'assurance privée plus élevée). Ce taux est également plus élevé quand l'offre hospitalière privée est plus importante.¹⁵

En Australie, les hospitalisations « privées » dans les hôpitaux publics augmentent bien plus rapidement que les hospitalisations « publiques », suggérant que les hôpitaux publics incitent les patients à se faire hospitaliser comme « patients privés » ce qui leur permet de recevoir des rémunérations plus élevées.¹⁶ Les patients privés représentent aujourd'hui près de 15% des hospitalisations. Leur temps d'attente est d'un tiers inférieur à celui des patients publics et ils reçoivent en moyenne un plus grand nombre d'actes que les patients publics durant leur séjour.¹⁷

Cette problématique d'un système à deux vitesses est devenue une préoccupation majeure dans les années 2000 en Irlande, où la frontière entre assurance publique et assurance privée, assez claire au départ, s'est brouillée avec une demande d'assurance privée débordant largement la cible initiale, alors même que l'accès à l'hôpital public était étendu à toute la population. L'iniquité du système a été par ailleurs aggravée par le fait qu'historiquement, les hôpitaux publics ne facturaient, pour les patients

11 Cette assurance maladie universelle est gérée par des assureurs en concurrence, et également fortement régulée pour empêcher la sélection des risques.

12 Panthöfer S. (2015), Risk Selection under Public Health Insurance with Opt-out, University Carlos III, Madrid.

13 Grunow M. et R. Nuscheler (2014), Public and private health insurance in Germany: the ignored risk-selection problem, Health Economics, Vol. 23, pp. 670-687

14 Le Grand J. Further Tales From The British National Health Service – Health Aff May 2002 vol. 21 no. 3 116-128,

15 Biro A. et M Hellowell (2016), Public-private sector interactions and the demand for supplementary health insurance in the United Kingdom, Health Policy, accepted manuscript.

16 King D. (2013), Private patients in public hospitals, sponsored by Australian Health Service Alliance & Australian Centre for Health Research.

17 Shmueli A. et E Savage (2014), Private and public patients in public hospitals in Australia, Health Policy, Vol. 115, pp. 189-195



assurés de manière privée, que les frais marginaux, le système public subventionnant donc largement le coût des soins pour ces patients¹⁸.

Ces effets pervers pourraient être en principe réduits si les offreurs de soins (médecins et hôpitaux) étaient strictement séparés entre le système public et les assureurs privés, chacun supportant pleinement le coût des traitements correspondants. Dans la pratique, ce n'est jamais le cas : même s'il existe des établissements privés autonomes, ils ne couvrent pas tout le territoire et une grande partie de l'activité privée est réalisée par des praticiens et/ou des hôpitaux publics.

Malgré ces risques d'inégalités d'accès, certains pays encouragent la souscription d'une assurance privée en sus de la couverture publique avec l'objectif d'absorber une partie de la demande par des financements privés et d'alléger ainsi la pression sur le système public.

Une politique très volontariste a été menée en ce sens par l'Australie depuis dix ans, sous la pression notamment des assureurs privés, qui avaient vu leur part de marché décliner de 50 % à 30 % de la population après l'instauration de la couverture maladie universelle en 1984. Les incitations positives (primes subventionnées à hauteur de 30 %), mais aussi les pénalités (taxes additionnelles ou majoration substantielle des primes si l'assurance est souscrite après 30 ans) instaurées à partir de 1996 ont eu un fort impact, ramenant la part de population couverte à plus de 50 %.

Malgré une forte augmentation d'activité des hôpitaux privés solvabilisée par cette croissance du marché de l'assurance volontaire, la pression sur le secteur public ne semble pas avoir diminué, les délais d'intervention ayant plutôt augmenté. Une explication possible est l'existence d'une demande latente importante qui a pu s'exprimer à la faveur de la croissance globale de l'offre.

Le modèle de l'assurance privée **supplémentaire**, finançant au premier euro des biens et services qui ne sont pas inclus dans le panier de soins couvert par l'assurance publique, n'induit pas *a priori* de recouvrements induisant des effets pervers. Il a l'avantage de reposer sur des choix clairs : ce qui est dans le panier est gratuit ou quasi-gratuit, ce qui garantit l'accès aux soins pour tous ; ce qui n'y est pas est à la charge des individus, qui choisissent de s'assurer ou de payer les services directement.

La situation est cependant très différente selon l'étendue de la couverture et le niveau des moyens alloués au le système public.

Ainsi au Canada, 100 % des frais sont pris en charge, mais sur un panier de soins, on l'a vu, assez étroit : de ce fait certains patients sont confrontés à des dépenses très élevées pour se soigner, y compris par exemple pour des médicaments. D'autre part, le système de santé, qui a fait l'objet de coupes budgétaires importantes dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, est resté depuis assez rationné, au moins dans certaines provinces (dont le Québec), avec une pénurie de professionnels et des difficultés importantes d'accès aux soins : difficultés pour trouver un médecin traitant, attente jugée trop longue d'après toutes les enquêtes pour les avis de spécialistes, les investigations diagnostiques, les interventions chirurgicales, ... C'est d'ailleurs sur ce fondement que des patients ont, en 2005, attaqué devant la Cour suprême fédérale la loi québécoise interdisant de contracter

18 Nolan B. The interaction of public and private health insurance: Ireland as a case study. The Geneva Papers (2006) 31, 633-649.

des assurances privées pour des services offerts par l'État. La Cour suprême, dans un jugement qui a ébranlé tout le Canada, leur a donné raison, estimant qu'en forçant les patients à attendre, parfois au péril de leur vie, pour obtenir des soins dans un système public surchargé, la loi contrevenait à la charte québécoise qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité.

En miroir de l'exemple australien, celui du Canada illustre le même dilemme : si le système public, du fait des contraintes budgétaires, ne peut pas répondre totalement à la demande dans de bonnes conditions, il est confronté à un choix : privilégier l'équité d'accès, ce qui suppose une acceptation collective d'un certain rationnement (comme au Québec), ou autoriser des financements privés additionnels, qui accroissent la capacité de réponse aux besoins mais au prix d'une inégalité de traitement (comme en Australie).

III-2/ Le modèle du système à deux étages à la française

Le co-financement des dépenses de soins pour la quasi-totalité de la population est, on l'a vu, un modèle d'articulation assurance publique – assurance privée qui est assez spécifique à la France.

Que peut-on dire de ses avantages et de ses inconvénients, au regard de ceux que l'on observe dans d'autres systèmes de santé ?

Parmi les avantages, on peut souligner que ce deuxième niveau de mutualisation, qui se rajoute à un socle de protection obligatoire déjà élevé (78 % de la dépense totale), permet d'alléger la part des dépenses directes des ménages aux dépenses de soins et biens médicaux (ces paiements directs étant le mécanisme le moins redistributif et le plus inégalitaire de financement des dépenses). De fait, en France, ces paiements directs se situent en moyenne à un des plus faibles niveaux de l'OCDE. Mais l'intrication des responsabilités financières est aussi problématique.

Tout d'abord, sur le long terme, elle dispense l'assurance publique de jouer son rôle de socle de protection. Aujourd'hui, on constate que, pour une fraction des patients, les restes-à-charge après assurance-maladie obligatoire sont très élevés, y compris pour des soins qu'ils ne choisissent pas, comme les soins hospitaliers. Pour la moitié des patients hospitalisés à l'hôpital public en 2010, l'assurance obligatoire laissait à charge moins de 40 euros, mais, pour un sur dix, il s'agissait de plus de 1 900 euros, et pour un sur cent, de plus de 3 500 euros, en tickets modérateurs et forfaits journaliers¹⁹. Nous sommes le seul pays à avoir des restes-à-charge de ce niveau, non plafonnés. Si ce n'est pas considéré comme un problème, c'est que, pour une écrasante majorité des cas, ce n'est pas le patient qui doit régler, puisque ces restes-à-charge sont couverts par tous les contrats d'assurance complémentaire. Pour autant, ce n'est pas cohérent du point de vue du socle qui devrait être assuré par un système de protection sociale.

Plus globalement, l'existence d'un deuxième niveau de mutualisation exonère le système public des efforts qu'il devrait faire pour assurer une protection de base, et génère un cercle vicieux : dans la mesure où l'assurance privée vient compléter le financement public, y compris sur des prestations essentielles, elle est considérée de plus en plus comme une condition nécessaire de l'accès aux soins, presque à l'égal de l'assurance obligatoire²⁰. Le discours dominant insiste donc sur le fait qu'il faut la généraliser (y compris en favorisant cette extension par des subventions publiques qui pourraient

19 Rapport 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie

20 L'argument est que la nécessité d'une couverture complémentaire est apparue de manière indiscutable pour les bénéficiaires de la CMUc. En réalité, ce n'est pas tant la couverture complémentaire qui est nécessaire qu'un meilleur taux de remboursement, que celui-ci soit obtenu par le biais d'une couverture complémentaire ou d'une exonération de ticket modérateur ; beaucoup de pays ont une meilleure prise en charge pour les personnes à bas revenus, sans pour autant que celle-ci soit obtenue par le truchement d'une assurance privée.



être utilisées pour accroître la prise en charge par l'assurance obligatoire), et qu'il faut lui permettre de cogérer le système.

Or cela relève d'une confusion des genres, car l'assurance complémentaire est par nature différente, fondée sur la liberté contractuelle, financée en fonction du risque et non de la capacité à payer, variable dans ses garanties : elle est fondamentalement plus inégalitaire que l'assurance publique, les plus riches ou les personnes les mieux loties (contrats de groupes) étant classiquement les mieux assurés.

Plus l'intrication sera importante et la généralisation effective, plus on court le risque de voir l'assurance-maladie obligatoire se délester de ses responsabilités sur ce deuxième étage de mutualisation, par construction moins équitable, sans parler de la complexité de la gestion à plusieurs du risque.

La couverture privée peut aussi avoir un effet inflationniste sur les prix, comme dans les secteurs de l'optique et dans certains cas des prothèses dentaires. Elle augmente également la probabilité de consulter un spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraires.²¹

Cette articulation assurance de base / assurance supplémentaire a par ailleurs des coûts d'administration très élevés : la France arrive en deuxième position dans l'OCDE pour la part des coûts d'administration en part des dépenses de santé – à 6 %-, juste derrière les États-Unis, et près de la moitié de ces dépenses concernent les assurances complémentaires. De plus, en France comme ailleurs, ces coûts d'administration n'incluent pas les coûts d'administrations supportés par les prestataires de soins pour leurs interactions avec de multiples assureurs.

Conclusion

Dans tous les pays de l'OCDE, la croissance constante de la demande de soins, due au vieillissement de la population et aux progrès techniques, augmente la pression qui s'exerce sur les budgets publics. La tentation de reporter une partie du financement sur le secteur privé (ménages ou assurances privées) est donc forte. Elle se traduit souvent par des augmentations des frais laissés à la charge des usagers par les systèmes publics, mais aussi par des déremboursements d'actes ou de produits de santé (produits OTC en Allemagne, lunettes en Suisse, etc.).

Plusieurs pays ont introduit des incitations fiscales pour encourager les résidents à souscrire une assurance privée duplicative (Australie, Espagne) ou complémentaire (France), comptant ainsi accroître les ressources disponibles pour le système de santé. Et de fait, les statistiques de l'OCDE montrent que dans la plupart des pays, la diffusion de l'assurance privée s'accroît, quel que soit son rôle, et parfois de manière très rapide : entre 2000 et 2013, la part de la population couverte par une assurance privée est passée de 9 % à 33 % en Allemagne, de 1 % à 33 % au Danemark, de 37 % à 81 % en Belgique, pour ne citer que quelques exemples.

Dans tous les cas, l'accroissement du financement privé réduit la redistributivité du système (entre niveaux de revenus) et accroît les inégalités d'accès aux soins.

21 http://www.chairesante.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/chaieres/chaire_sante/pdf/lettre22.pdf

Une question cruciale, qui devrait faire l'objet d'une évaluation, est de savoir dans quelle mesure l'accroissement des financements privés permet d'accroître les ressources globalement disponibles dans le système, profitant ainsi à tous les patients, ou s'il conduit à une réduction effective de l'offre disponible pour les assurés publics. Dans ce dernier cas, les subventions publiques accordées à l'assurance privée seraient mieux utilisées si elles étaient directement affectées au système public.

En France la question se pose moins en termes d'offre disponible (comme c'est le cas lorsque l'assurance privée est duplicative) qu'en termes de financement. C'est d'ailleurs sur ce plan que l'Accord national interprofessionnel (ANI) a fait l'objet de débats, l'extension des contrats collectifs à 400 000 salariés non couverts aujourd'hui représentant un coût élevé, estimé à deux milliards d'euros²².

22 Et ayant pour effet collatéral de concentrer la couverture individuelle sur les mauvais risques (retraités, chômeurs de longue durée), avec moins de possibilité de mutualisation.

Complémentaire frais de santé obligatoire d'Alsace et de Moselle : reste-t-il une place pour du droit national d'application territoriale ?

Par Francis KESSLER, Avocat, maître de conférence à l'université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne



Francis KESSLER est maître de conférences, directeur du master « Droit de la protection sociale d'entreprise » à l'École de droit de la Sorbonne, Université de Paris 1.

Il est également avocat, senior counsel et membre du conseil scientifique de Gide Loyrette Nouel A.A.R.P.I., Paris.

Le régime obligatoire complémentaire d'assurance frais de soins des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle dit « régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle » ou « RLAM » couvre à ce jour plus de 2,1 millions de ressortissants¹. Il s'agit d'un régime légal complémentaire territorial organisé par le Code de la sécurité sociale et qui connaît une instance particulière de gestion, qui fonctionne avec une autonomie bien supérieure aux caisses primaires d'assurance maladie².

Ce régime local est à nouveau objet d'un vaste débat régional³, d'un rapport du Gouvernement au Parlement⁴, d'un rapport parlementaire récent⁵, d'une campagne de pétitions à destination des maires de communes et d'un nombre non négligeable de votes de soutien de conseils municipaux et de nouvelles dispositions législatives et réglementaires visant ce dispositif⁶ et même d'un projet de proposition de loi de transformation/ adaptation⁷ d'un arrêt du Conseil d'État⁸ et d'un décret récent⁹.

1 Source : SCHILLINGER P., Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative au régime d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle, Sénat n°443 Session ordinaire de 2011-2012 ; Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 février 2012 p. 14.

2 CSS, art. L. 325-1 et suiv.

3 Ainsi, hors les brèves, l'un des quotidiens alsacien a publié depuis juin 2015 ⇨ Régime local d'assurance-maladie : l'inquiétude s'amplifie, Dernières nouvelles d'Alsace (DNA), Mardi 09 Juin 2015 / Région ; ⇨ L'Alsace fait de la résistance Dernières nouvelles d'Alsace, DNA Mercredi 10 Juin 2015 / Région ; ⇨ Six mois de délai avant les complémentaires obligatoires ? DNA Jeudi 01 Octobre 2015 / Région ⇨ Régime local : « un pan de la solidarité pourrait disparaître » Mardi 20 Octobre 2015 / Région Pas de modification de la situation des salariés, DNA Jeudi 26 Novembre 2015 / Région ⇨ Le régime local en appelle à Hollande, DNA Vendredi 15 Janvier 2016 / Région ; ⇨ Saverne « Le droit local n'est pas plus menacé aujourd'hui qu'hier », DNA Samedi 16 Janvier 2016 / Saverne ; ⇨ Bernard Zahra donne la parole aux praticiens du droit local, DNA Dimanche 24 Janvier 2016 / Faits ; ⇨ En ordre de bataille, DNA Mercredi 27 Janvier 2016 / Région ; ⇨ Faut-il avoir peur pour le régime local ?, DNA Vendredi 29 Janvier 2016 / Région ; ⇨ « Le MEDEF a joué avec le pacte de responsabilité », DNA Mardi 02 Février 2016 / Économie ; ⇨ Régime local : Force ouvrière 68 contre son extension, DNA Jeudi 04 Février 2016 / Région ; ⇨ Le régime local, fable fatale ?, DNA Mercredi 17 Février 2016 / Région ; ⇨ Les parlementaires aux maires : « Le Régime local n'est pas en danger », DNA Jeudi 18 Février 2016 / Région ; ⇨ « Mais quelle distorsion ? », DNA Mardi 08 Mars 2016 / Région ; Le régime local agricole pour le statu quo, DNA Mardi 08 Mars 2016 / Région ; ⇨ Après l'appel aux motions, le régime local d'assurance-maladie lance une pétition, DNA Samedi 12 Mars 2016 / Région ; ⇨ Une motion de soutien, DNA Mardi 15 Mars 2016 / Mulhouse ; ⇨ Régime local : les pièces du dossier, DNA Dimanche 20 Mars 2016 / Région.

4 Rapport du Gouvernement au Parlement, Sur l'articulation du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et la généralisation de la complémentaire santé. Afin d'étudier l'hypothèse d'une éventuelle évolution du régime local d'assurance maladie et ses conséquences, mars 2014.

5 Rapport à Monsieur le Premier Ministre Sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise établi par Philippe BIES député du Bas-Rhin, Denis JACQUAT, député de la Moselle, André REICHARDT sénateur du Bas-Rhin, Patricia SCHILLINGER sénatrice du Haut-Rhin, mardi 15 décembre 2015.

6 Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 art. 1 IX ; loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015.

7 Régime local d'assurance maladie d'Alsace et de Moselle, Proposition de loi relative aux garanties offertes par le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle (RLAM) et à son financement, mars 2016.

8 Conseil d'État 13 avril 2016 N° 385659, RDSS 2016.260.

9 Décret N° 2016-609 du 13 mai 2016, JORF N° 113, 15 mai 2016.



Ce récent regain d'intérêt pour « *le régime local* » a lieu dans un contexte de transformation des régions et d'un conflit larvé et également très sensible sur l'assurance maladie des travailleurs frontaliers en Suisse habitant surtout en Alsace : il est teinté d'inquiétudes de la population du territoire concerné qui est « *fortement attachée à ce régime* »¹⁰.

Il est toutefois, pour l'essentiel, une conséquence de ce qui est couramment et de façon quelque peu erronée appelé « *la généralisation de la complémentaire santé* », l'extension, décidée initialement par les partenaires sociaux nationaux¹¹, reprise et modifiée par le législateur¹² et réglementée par décret ou circulaire à la plupart des salariés du secteur privé ne bénéficiant pas encore d'une certaine couverture d'un certain nombre de « restes-à-charge » de l'assuré par le régime général au moyen d'un régime collectif obligatoire de frais de soins. L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour sa partie relative à l'amélioration de la couverture santé des salariés par la création d'un régime complémentaire financé par les employeurs et les salariés, a entièrement « oublié » les articles L. 325-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale traitant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Alors qu'à intervalles réguliers, il a été prôné une « extension » du régime du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle aux autres départements français¹³ il y a depuis le 13 juin 2013 concours de « *complémentaires santé légales* »¹⁴ pour certains bénéficiaires d'une couverture généreuse des frais de santé (1) se pose dès lors une nouvelle fois la question de l'articulation voire de la pérennité du régime local (2).

I- Une continuité historique d'une couverture frais de soins obligatoire et généreuse

La prise en charge des frais de soins aujourd'hui applicable dans les trois départements de l'Est est différente du régime ayant fonctionné en Allemagne puis dans la région avant 1945. Il n'y a de continuité historique qu'à travers le haut niveau de protection jusqu'à présent maintenu, même s'il est souvent et volontiers rapporté que le régime local est « *issu de l'assurance maladie de Bismarck* »¹⁵.

10 v. les multiples références par ex. in SCHILLINGER P., Rapport d'information op. cit supra.

11 Article 1 de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés.

12 La Loi du 14 juin 2013 relative à la Sécurisation de l'emploi ; KLEIN P., MUGNIER E., « Généralisation de la complémentaire santé : le choc de complexification », *Semaine sociale Lamy (SSL)* n° 1694, 2014, p. 8.

13 En 2011, la Cour des comptes a, dans une étonnante prise de position, estimé que « la transposition de ce régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire au reste de la France est difficilement envisageable car elle impliquerait une augmentation des cotisations sociales des seuls salariés de 1,6 % dans un contexte où le pouvoir d'achat est déjà affecté par la crise économique ». Ce chapitre semble clos avec l'adoption de la couverture santé complémentaire obligatoire pour les salariés.

14 Rapport du Gouvernement au Parlement sur l'articulation du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et la généralisation de la complémentaire santé afin d'étudier l'hypothèse d'une éventuelle évolution du régime local d'assurance maladie et ses conséquences, Mars 2014.

15 Par ex. GLENN H.P., "The Local Law of Alsace-Lorraine: A Half Century of Survival", *The International and Comparative Law Quarterly*, Vol. 23, No. 4 (Oct., 1974) p. 769 qui soutient que « some particularities of the local regime remain, but the are few and of minor importance ». Le rapport du gouvernement de mars 2014 préc. indique p. 6 de façon sibylline : Il est l'héritage du système de protection sociale obligatoire (assurance maladie, accident du travail et invalidité-vieillesse) qui s'appliquait dans l'Empire allemand, auquel avait été annexée l'Alsace-Moselle en 1871 ». La Cour des comptes pense pouvoir affirmer que « Le régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle, issu du droit social allemand de la fin du XIXe siècle, est lié à l'histoire des trois départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, annexés à l'Empire allemand de 1871 à 1918. Ces départements ont bénéficié dès 1884 d'un régime d'assurance maladie obligatoire. La création du régime général de sécurité sociale en 1945 n'a pas mis fin au droit social qui préexistait dans ces territoires et qui était plus favorable que celui mis en place après la guerre ». Cour des Comptes, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat (art. LO 132-3-1 du code des juridictions financières), Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, novembre 2011.

Il y est un mythe particulièrement répandu selon lequel le droit actuel particulier procède de la loi impériale du 15 juin 1883 qui a institué l'assurance obligatoire des ouvriers contre la maladie¹⁶ au demeurant elle-même plus une loi de réorganisation et de généralisation des dispositifs existants dans l'Empire allemand qu'une loi de réforme *ex nihilo*¹⁷.

Il n'en est rien : à la différence de l'entre-deux-guerres, période pendant laquelle le droit allemand de l'assurance maladie, codifié depuis 1911 dans un code des assurances sociales¹⁸ a été traduit en français et appliqué par une administration organisée selon le modèle initial – l'office des assurances sociales de Strasbourg endossant le rôle des structures situées à Berlin avant 1918¹⁹ – le droit postérieur à 1945 n'a plus de lien ou de filiation avec le droit allemand d'assurance maladie²⁰ : il est un droit national d'application territoriale initialement provisoire (A.) qui a été, selon la formule d'Adrien ZELLER « *dépeussié, géré et réellement pris en charge* »²¹ à partir des années 1990 (B.).

A. Un régime original initialement provisoire

Si en 1918 « *la France à cette époque n'avait rien d'équivalent que l'on pouvait substituer au régime en vigueur en Alsace et en Moselle, ni la loi sur les sociétés de secours mutuels, ni les retraites ouvrières et paysannes, n'auraient pu utilement remplacer le régime local d'assurance sociale* »²², le nouveau système français de sécurité sociale – le régime général – introduit par les ordonnances du 4 octobre 1945 et a été appliqué, au nom du principe de l'unité, aux trois départements de l'Est à partir du 1^{er} juillet 1946.

Ambroise CROIZAT, alors Ministre chargé de la sécurité sociale, illustre lors le principe de l'unité par ces mots « *la date du 1^{er} juillet 1946 a marqué pour les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, une étape particulièrement importante. En effet, depuis le 1^{er} juillet 1946, c'est une législation nouvelle, une législation française unique qui s'applique à tous les territoires nationaux, en matière de sécurité sociale ; depuis le 1^{er} juillet 1946, les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ont cessé d'être soumis à leur régime local d'assurance sociale, d'origine allemande et qui avait subsisté depuis 1919* » et « *...décider aujourd'hui que le Plan Français de sécurité sociale n'est plus applicable, ce serait remettre en application dans les départements alsaciens et le Rhin la législation allemande, ce serait revenir sur l'unité de législation, ce serait rétablir un régime local dont le maintien, de 1919 à 1939, a été l'un des arguments d'Hitler pour soutenir que l'Alsace était restée allemande...* »²³.

À l'assurance maladie du code local des assurances sociales « *droit national d'application territoriale* » se substitue le régime général amélioré par une complémentaire obligatoire au régime général. Les

16 NIBOYET J. P.(éd.), Répertoire pratique de droit et de Jurisprudence d'Alsace et de Lorraine. Paris, Recueil Sirey, 1925 p. 61 ; HARBUTT-DAWSON W., Social insurance in Germany 1883-1911. Its history, operation, results. Westport, Greenwood Press, 1912 reprint 1979.

17 KESSLER F., KERSCHEN N. L'assurance maladie en Alsace-Moselle : des origines à nos jours, Paris, éditions de l'IRJS, 2013 (coll. Bibliothèque de l'Institut de Recherche Juridique de la Sorbonne – André TUNC Tome 40).

18 BELLON, « Le Code d'assurance ouvrière allemand », *Économie française* du 30 déc. 1911 p. 975.

19 Sur l'évolution de ce droit pendant cette période KESSLER F., « L'assurance maladie en Alsace-Moselle entre 1918 et 1945 : un système progressiste mais figé » in : *Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale*, (Strasbourg, 1988), 1989 p. 153.

20 La qualification de « droit local alsacien-mosellan » de cette complémentaire santé obligatoire est discutable ; il ne s'agit pas comme l'affirme la Cour des comptes dans son rapport de 2011 de « l'héritage de la législation allemande » comme par exemple la tarification spécifique en matière d'accident du travail.

21 ZELLER A. JO Assemblée nationale (C. R.) 11 déc. 1991 p. 7496 coll. de droite.

22 Allocution de Monsieur Alexandre MILLERAND, aux Assemblées Plénières de l'Office Général des Assurances Sociales d'Alsace et de Lorraine des 5 et 13 décembre 1918 reproduit in *Les assurances sociales en Alsace et en Lorraine. Exposition internationale du centenaire de Pasteur* (juin-octobre 1923), Strasbourg, 1923. V. aussi P. PIC, « Le nouveau projet de la loi sur les assurances sociales », *Revue politique et parlementaire* 1927 p. 173.

23 CROIZAT A., « La réalisation du plan de sécurité sociale », *Revue française du travail* 1946 p. 393.



ordonnances de 1945 prévoyaient toutefois des mesures de transition à prendre par décret dit « *décret d'harmonisation entre le régime local et le régime général* ». La principale difficulté pour harmoniser les deux régimes réside dans l'existence d'un important décalage entre le régime local applicable avant 1940 et le régime général prévu par l'ordonnance du 19 octobre 1945²⁴.

Le décret n°46-1828 du 12 juin 1946²⁵ allait créer des avantages particuliers, qualifiés parfois de « *compensations* »²⁶, pour les assurés d'Alsace et de Moselle en attendant l'absorption du régime local par le régime général applicable aux assurés sociaux sur l'ensemble du territoire français. Ces dispositions transitoires²⁷ prévoyaient des avantages, qui ont été consentis aux assurés d'Alsace et de Moselle « *en contrepartie de la mise en place du régime général, qui a eu pour effet de supprimer le tiers-payant, la gratuité de l'hospitalisation et l'autogestion, qui étaient la règle dans le système en vigueur dans les trois départements en vertu de la loi allemande* »²⁸.

Plusieurs de ces dispositions ont été dérogoatoires du droit général de la sécurité sociale. Ainsi, les caisses primaires de la région ont pu instituer une participation de l'assuré aux frais et honoraires médicaux en cas d'hospitalisation, alors qu'en droit commun la détermination des prestations légales relève exclusivement du pouvoir réglementaire. De même, le mécanisme régional d'autorégulation financière, inspiré du droit allemand, n'a pas d'équivalent en droit commun. Enfin, la cotisation supplémentaire est à la charge des seuls salariés (et des retraités depuis août 1989)²⁹.

Le régime local complémentaire garantit un taux global de remboursement ou de prise en charge des frais engagés (90 ou 100 %). La part imputable au régime local est déterminée en retranchant du taux global garanti la participation assurée par le régime général (oscillant entre 40 et 100 % en fonction de la nature de la prestation). La part du régime local varie dès lors en fonction de l'évolution de la participation du régime général. Le principe des vases communicants inhérent au régime d'assurance maladie d'Alsace-Moselle constitue une des principales fragilités de ce régime.

Ces avantages ont été maintenus malgré le fondement juridique fragile sur lequel ils reposaient. Cependant, la loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social³⁰, qui a complété l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale relatif à la cotisation supplémentaire du régime local, « *a conféré au régime local un caractère législatif dans la mesure où l'appellation régime local y a été introduite dans la législation* »³¹.

Ce mécanisme a fonctionné avait quelques heurts sous une appellation administrative éloquente quant au statut des prestations régionales servies en complément du régime

24 Pour la période de la seconde guerre mondiale cf. GEISSLER P., *Le régime local d'assurances sociales pendant la seconde guerre mondiale. Mémoire de DEA de droit social sous la direction de OLSZAK N. et KESSLER F.*, Université Robert Schuman, 1996 ; KESSLER F., GEISSLER P., OLSZAK N., « L'Alsace - Lorraine » in : HESSE P. – J.H. LE CROM J.P. (éd.) : *La protection sociale sous Vichy*, Rennes, PUR, 2001 p. 279 et suiv.

25 JORF du 14 juin 1946 p. 5244 et Bulletin de l'Office général des assurances sociales (BOG) 1946 p. 87.

26 FARINE Ch., Rapport présenté à l'Assemblée Générale de l'Union Mutualiste du Bas-Rhin. le 13 mai 1984 (dactylographié).
27 § 20 du Décret.

28 Intervention de Théo BRAUN, président de la CRAV d'Alsace, à la réunion du (service d'intérêt commun et de coordination) SICC du 29 janv. 1987, PV n° 1/87 p. 12 et suiv.

29 DUPEYROUX J. J., *Droit de la sécurité sociale*. Paris, Dalloz, 1983, (coll. Précis) n°300-3 p. 723.

30 Art. 3 de la loi, JORF du 31 juill. 1987.

31 Intervention du directeur de la DRASS à la réunion du SICC du 21 janvier 1988, PV n° 1/88 p. 14.

général, de « régime MAbis ». Un mécanisme régional d'autorégulation, dont l'objectif était de rendre le régime local indépendant du régime général et structuré autour d'une cotisation à taux fixe modulable en fonction d'un fonds de réserve de cotisations, par les instances locales de gestion – les neuf caisses primaires de la région regroupées au sein d'un service d'intérêt commun et de coordination (SICC) –, a complété à partir de 1975³². Le fonds de réserve, lointain successeur des fonds des premières caisses locales générales, constitue à cet égard le mécanisme le plus emblématique du régime local. Ce fonds permet un lissage des dépenses et une gestion prévisionnelle améliorée du régime.

Sous d'autres aspects, au contraire, les dispositions locales complémentaires ont épousé les règles applicables au régime général et ont fait apparaître, pendant longtemps, le régime local comme un appendice du régime général. Il en a ainsi été, par exemple, de la détermination des bénéficiaires du régime local.

Cette période s'achève avec une nouvelle loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social³³ qui marque la disparition dans le Code de la sécurité sociale de la référence au caractère provisoire du régime local d'assurance maladie et ouvre une nouvelle ère de l'existence marquée par toute une série d'interventions du pouvoir législatif et réglementaire.

B. Une assurance frais de soins complémentaire légale et locale (presque) gérée comme une caisse de sécurité sociale

C'est d'abord la loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social³⁴, qui a complété l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale relatif à la cotisation supplémentaire du régime local et « a conféré au régime local un caractère législatif dans la mesure où l'appellation régime local y a été introduite dans la législation »³⁵. Puis, « l'attachement des Alsaciens et des Mosellans à cet élément de leur patrimoine historique, culturel et social étant très grand, le régime a été pérennisé par la loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 »³⁶. Cette formule, déclinée lors de toute discussion sur l'assurance frais de soins complémentaire obligatoire locale, a conduit à doter le régime local d'assurance maladie d'une organisation administrative nouvelle. Les textes premiers du « nouveau régime local » sont la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, les articles 39 et 30 de loi n°94-637 du 25 juillet 1994³⁷ et les décrets n°95-348 et n°95-349 du 31 mars 1995³⁸.

32 Arrêté ministériel du 16 janvier 1975, *JORF* du 29 janv. 1975. À partir de 1970, la CRAMAM assura, en liaison avec les caisses primaires, la gestion de deux fonds financiers, le fonds régional de compensation et le fonds régional de réserve. À cet effet, elle a ouvert dans sa comptabilité un compte spécial, appelé « compte MAbis ».

33 *JORF* du 4 janv. 1992 p. 178 (spéc. p. 179 col. de gauche).

34 Art. 3 de la loi, *JORF* du 31 juill. 1987.

35 Intervention du directeur de la DRASS à la réunion du SICC du 21 janvier 1988, PV n° 1/88 p. 14.

36 Sénat, Proposition de loi relative au régime local d'assurance-maladie des départements du Bas-Rhin et Haut-Rhin et de la Moselle ; Rapport M. Jean-Louis LORRAIN, Sénateur, Commission des affaires sociales – Rapport n°33 - 1997/1998 p. 1. ; SANDER E., « La modernisation du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, étude de la loi numéro 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle », *RDSS* 1999 p. 142. ; KERSCHEN N., KESSLER F., « Quel avenir pour le régime complémentaire obligatoire d'assurance maladie d'Alsace Moselle? », *Revue du droit local (RdL)* n° 10 septembre 1993 p. 7.

37 Loi n°94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, *JORF* n°172 du 27 juillet 1994 page 10815 ; Décret n°95-348 du 31 mars 1995, *JORF* du 2 avr. 1995 relatif à la participation des assurés sociaux relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle et modifiant le code de la sécurité sociale ; KESSLER F., « Le nouveau régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle. Premier commentaire des articles 39 et 40 de la loi n°94-637 du 25 juillet 1994 *RdL* n° 13 1994 p. 10.

38 Décret n°95-348 du 31 mars 1995 relatif à la participation des assurés sociaux relevant du régime général de sécurité sociale bénéficiaires du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et modifiant le code de la sécurité sociale et décret n°95-349 du 31 mars 1995 relatif au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, *JORF* n°79 du 2 avril 1995 p. 5301. Arrêté du 27 avril 1995, *JORF* du 6 mai 1995 relatif aux opérations comptables du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.



L'organisation financière s'est vue radicalement modifiée par un premier décret n°96-457 du 23 mai 1996³⁹ puis par un autre décret n°97-297 du 26 mars 1997⁴⁰, la loi du 14 avril 1998⁴¹ et ses décrets d'application⁴² et la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002⁴³.

Le régime local est depuis lors géré selon les règles du droit commun d'une caisse de sécurité sociale, mais également sous l'empire de ses textes spéciaux : l'article D. 325-15 du Code de la sécurité sociale dispose que « *les règles d'organisation et de gestion des caisses d'assurance maladie du régime général sont applicables au régime local, sous réserve des dispositions particulières ...* ».

Le régime local a pour vocation de garantir une couverture complémentaire obligatoire aux salariés mais également aux contractuels de droit public, titulaires d'un revenu de remplacement préalablement affiliés au régime (pension d'invalidité, pension de réversion, indemnités et allocations de chômage, etc.)⁴⁴, aux titulaires d'une pension de retraite ainsi qu'aux ayants droit de l'ensemble des bénéficiaires de ce territoire.

La gratuité de l'hospitalisation et un ticket modérateur limité à 10 % pour les frais ambulatoires en sont les deux éléments les plus connus. Le principe d'un ticket modérateur résiduel de 10 % connaît néanmoins deux dérogations depuis 2005, en raison des différentes décisions relatives aux conditions de remboursement des médicaments : les médicaments remboursés à 30 % par l'assurance-maladie de base ne sont pris en charge qu'à 80 % au total et les médicaments à 15 % ne sont plus pris en charge.

Le régime local prend également en charge la participation forfaitaire de 18 € incombant à l'assuré pour les actes médicaux coûteux. En revanche, il ne rembourse pas la participation forfaitaire de 1 € due par l'assuré pour les consultations, examens radiologiques ou analyses biologiques, ni les franchises applicables aux médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires.

Il est exclusivement financé par une cotisation supportée, déplafonnée et précomptée par les assurés au régime général qui exercent leur activité salariée dans l'un des deux départements de l'Alsace et dans celui de la Moselle et par les retraités du régime local⁴⁵. Il est géré par les seuls représentants des organisations syndicales de salariés.

L'instance de gestion dispose de pouvoirs (exorbitants du droit commun) de fixation du taux de cotisation et, pour les retraités du moins, de l'assiette des cotisations. L'instance de gestion a ainsi fait évoluer le taux de cotisation. Les assiette et taux de prise en charge sont ainsi arrêtés par l'instance de gestion du régime local. Toutefois la variation des taux

39 Relatif au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, *JORF* n°124 du 30 mai 1996 p. 8005.

40 *JORF* n°78 du 3 avr. 1997 p. 5118.

41 Loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle, *JORF* n°89 du 16 avril 1998 p. 5847 ; SANDER E., « La modernisation du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, étude de la loi numéro 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle », *RDSS* 1999 p. 142.

42 Décret n°98-1025 du 12 novembre 1998, *JORF* du 14 nov. 1998.

43 Décret n°2002-1299 du 25 octobre 2002 pris pour l'application des articles L. 242-13 et L. 325-1 du Code de la sécurité sociale et modifiant ce code, *JORF* 27 octobre 2002.

44 Sont exclus de ce régime les fonctionnaires, les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, etc.), les salariés des régimes spéciaux, les salariés agricoles et forestiers et les exploitants agricoles.

45 CSS, Art. L. 325-1; les chômeurs et retraités n'acquittant pas pour insuffisance de ressources la CSG sont exonérés de cette cotisation.

de cotisation ne peut se faire que « dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 % » sauf cas d'excédent ou de déficit massif du fonds de réserve ; la liberté de l'instance de gestion n'est ainsi pas totale mais elle n'est pas négligeable. Le taux de cotisation est de 1,5 % depuis le 1^{er} janvier 2012.

Le conseil d'administration de l'instance locale de gestion est également compétent pour déterminer la nature et le niveau des prestations prises en charge par le régime local, les opérations budgétaires et comptables (établissement d'un état prévisionnel des dépenses, arrêté des comptes, fixation des réserves...), les actes de gestion du régime (règlement intérieur du conseil d'administration, nomination du directeur et de l'agent comptable, examen du rapport annuel d'activité...).

II. Vers une (nouvelle) transformation de la solidarité territoriale ?

L'initiative des partenaires sociaux nationaux, reprise par le législateur, de la création d'une obligation légale d'affiliation à un régime collectif d'assurance frais de soins, dont les opérateurs sont des organismes assureurs a d'abord conduit à la fin de l'idée d'une application du dispositif de l'Alsace et de la Moselle aux autres départements français, que l'on peut trouver à divers moments mais elle pose surtout la question de l'évolution voire de la survie de cette protection sociale locale particulière tant les deux « complémentaires obligatoires » diffèrent (A.).

Un nouveau et complexe débat s'est engagé mêlant, comme à chaque crise du dispositif⁴⁶, parlementaires locaux, ministère des affaires sociales, organisations professionnelles mais également, élément inédit dans l'histoire de ce régime, les communes dans la mesure où l'instance de gestion du régime local a choisi de lancer une pétition « en faveur du régime local » auprès de celles-ci⁴⁷ (B.).

A- Complémentaire santé obligatoire versus régime local : des approches différentes

L'article L. 325-1-I du Code de la sécurité sociale qui définit le statut légal du régime local en rappelant son caractère de régime d'assurance maladie complémentaire et obligatoire au régime général de sécurité sociale se distingue très fortement du dispositif organisé à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale.

Le régime local est un régime d'affiliation obligatoire unique, aux frais de gestion réduits⁴⁸ là où les entreprises sont libres de choisir leurs organismes assureurs complémentaires dans le dispositif issu de l'article 1 de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Le champ du régime local couvre obligatoirement, au-delà des salariés, les non-salariés (ayants-droit, titulaires de revenus de remplacement, retraités)⁴⁹, alors que seuls les salariés et les demandeurs d'emploi⁵⁰ indemnisés bénéficieront du maintien obligatoire de la couverture collective frais de santé

46 'CSS Art. L.911-7 III et D. 911-8.

47 cf. KESSLER F., KERSCHEN N. op cit. supra.

48 Pour la Cour des comptes « le faible niveau des charges de fonctionnement (4,3 M en 2010, soit moins de 1 % des prestations). Elle s'explique par le mode d'organisation du régime : les prestations sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ; les cotisations sur les revenus d'activité sont recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les cotisations sur les revenus de remplacement sont précomptées par les organismes chargés du versement de ces revenus. La structure de gestion propre du régime local est donc très réduite. L'essentiel des charges de fonctionnement (89 %) correspond aux frais de gestion dus à la CNAMTS et à l'ACOSS pour les services rendus au régime local". Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2011.

49 CSS Art. L.325-1

50 Qui n'ont pas été licenciés pour faute grave



et ce pour une durée maximale de douze mois seulement⁵¹ : la solidarité du régime local est donc plus large que celle des complémentaires santé obligatoires et subsidiaires issues de la loi du 13 juin 2013.

Les cotisations sont, dans le régime local, calculées en fonction du salaire et d'un équilibre macro-économique du régime, la cotisation inclut les ayant-droits elle est « familiale » alors que la couverture d'entreprise est tarifé en fonction du risque collectif de l'entreprise ou des assurés regroupés autour d'un même support financier et que l'assurance maladie complémentaire obligatoire minimale ne vise que les seuls salariés.

Le régime local repose sur un financement des seuls salariés et des retraités⁵² alors que les régimes collectifs d'entreprise seront cofinancés par l'employeur et pour moitié au moins. Même en ajoutant une éventuelle « sur-complémentaire santé » financée à parité la part salariale des bénéficiaires du régime local est supérieure à celle des autres départements. Évidemment et de façon symétrique, le financement des prestations minimales de la couverture complémentaire obligatoire par les employeurs d'Alsace-Moselle est inférieur à celui assumé par les employeurs des autres départements français.

La réglementation des couvertures collectives obligatoires prévoit un champ minimal de prestations garanties (« *le panier minimal de soins* ») plus généreux que le régime local. Ainsi, si la prise en charge du forfait journalier hospitalier est identique à celui du régime local, le « socle minimal de garanties de la couverture complémentaire collective est de 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital et donc un taux supérieur à celui du régime local et de 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et donc d'un taux supérieur à celui du régime local. Les garanties minimales nouvelles prévoient également un forfait de 100 € par an pour l'optique inexistant au régime local.

B. Le régime local en danger ? Pas sûr !⁵³ mais pas impossible

La loi sur la sécurisation de l'emploi⁵⁴ avait introduit un IV à l'article L. 911-7 renvoyant à un décret « *les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1* ». Ce décret n'a pas vu le jour dans un premier temps.

Toutefois, parmi les nombreux « aménagements » de la « généralisation de la couverture santé pour les salariés », l'article 34 II 2° e) de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociales pour 2016 visait « *les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard [...] au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire* ». Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015⁵⁵ a fait figurer à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale les salariés, y compris en tant qu'ayants-droit, bénéficiant de prestations servies par régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle dans la liste de ceux qui peuvent

51 L'article 4 de la loi Evin organise ensuite une possibilité d'affiliation viagère individuelle à l'assurance collective continuée ; ROULET V., « Pour une réforme de l'article 4 de la loi Evin », *Dr. soc.*, 2012.1060

52 Le financement du régime local est réglé par l'article L. 242-13 du Code de la Sécurité Sociale qui prévoit une cotisation à la charge des salariés actifs et de ceux qui bénéficient d'un avantage vieillesse.

53 Titre emprunté au « Point de vue » de Yves BUR, ancien député et rapporteur de la LFSS dans *DNA* du 26 mars 2016.

54 Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 art. 1 IX.

55 *JORF* n°0303 du 31 décembre 2015.

se dispenser, à leur demande, de l'obligation d'adhésion à une complémentaire obligatoire.

Quelque peu en contradiction avec ce système d'exonération inventé à la fin de l'année 2015, l'article 197 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016⁵⁶ a reporté l'application de l'obligation d'instaurer une complémentaire santé respectant les spécificités du panier de soins et du financement à parts égales employeur/salarié figurant à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale au 1^{er} juillet 2016⁵⁷.

Conformément à un processus de création de normes déjà éprouvé notamment à la fin des années 80 et en début des années 90⁵⁸, l'instance locale de gestion du régime local d'assurance maladie a proposé un projet de loi de réforme.

L'instance de gestion du régime local a, en se référant à une note de la Mission juridique du Conseil d'État de mai 2014 à l'attention de la Direction de la Sécurité sociale, présenté des modifications qualifiées d'adaptation du RLAM par voie législative afin d'assurer des garanties au moins équivalentes, tant en termes de prestations que de financement, à celles prévues par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Elles concernent l'article L. 325-1 pour le champ des prestations et l'article L. 242-13 pour le champ du financement.

Cette proposition prévoyait en matière de financement une « participation employeurs ». Le calcul de cette part à la charge de l'employeur était conçu de la façon suivante : « le taux de la cotisation à la charge des employeurs est fixé de manière biennale par décret. Il devra permettre la prise en charge, au moins à 50 %, des prestations versées par le régime local aux salariés en application des dispositions du panier de soins minimum prévu à l'article L. 911-7 du présent code ».

La détermination du montant de la part patronale des cotisations ainsi conçu est pour le moins originale : l'on peut comprendre du projet que (i) la part patronale ne servirait à financer que les prestations futures « alignées » sur le panier de soins des assurances complémentaires obligatoires au profit des seuls salariés et (ii) que cette cotisation patronale serait calculée en fonction des seules prestations versées par le régime local aux seuls salariés et dès lors en fonction du risque.

Si l'on suit ce raisonnement, la part salariale de cotisation et celle des retraités financeraient les compléments de prise en charge versés aux salariés mais également avec l'apport des cotisations sur les avantages de vieillesse la solidarité plus large du régime local – envers les chômeurs, les ayants-droit et les retraités notamment –. Cette formule conduit à une « coexistence » de solidarités obligatoires au sein d'un même régime complémentaire obligatoire territorial.

Ce choix est certainement guidé par la note à l'attention de la Direction de la sécurité sociale de la mission juridique du Conseil d'État datée de mai 2014 invoquée par les auteurs de la proposition de loi. Le Conseil d'État a en effet rappelé que le Conseil constitutionnel a, dans sa décision n°2011-157 QPC du 5 août 2011⁵⁹ seulement reconnu « un « effet cliquet » au bénéfice du droit local : il peut subsister tel quel mais non accru. Le législateur a donc la faculté de le supprimer, de l'harmoniser avec le droit commun, de le maintenir en l'état ou de l'aménager sans accroissement de l'écart avec le droit

56 De modernisation de notre système de santé complétant le IX de l'article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

57 Pour Madame Marisol TOURAINE, ministre « le Gouvernement a toujours indiqué qu'il respecterait la spécificité du régime local. Une concertation a été engagée : elle n'est pas encore terminée », Sénat Séance du 1^{er} oct. 2015, *JO Sénat*, p. 9090 col. de droite.

58 cf. KESSLER F., KERSCHEN N. op cit. supra.

59 ROBLOT-TROIZIER A., « Question prioritaire de constitutionnalité et principes fondamentaux reconnus par les lois de la République ou la constitutionnalisation d'un particularisme local transitoire », *Revue française de droit administratif* 2011, n°6, p. 1209-1212.



commun ; il ne peut en revanche pas l'aménager dans un sens plus favorable aux salariés d'Alsace-Moselle ».

Toutefois, si l'on s'intéresse plus particulièrement à la part du dispositif financé à égalité par les salariés et les employeurs et dont la cotisation est fonction du risque, il peut être considéré qu'il s'agit là d'une activité qui a tous les traits caractéristiques d'une assurance à destination des salariés entrant dans son champ d'application personnel dont l'opérateur, de surcroît obligatoire, serait le régime local.

Or, la CJCE dans l'arrêt FFSA et autres du 16 novembre 1995⁶⁰ et le Conseil d'État par un arrêt du 8 novembre 1996⁶¹, ont jugé que l'exclusion ou la restriction de concurrence sur le marché des produits de retraite complémentaire des exploitants agricoles n'était pas justifié par l'accomplissement de la mission particulière impartie à la Mutualité sociale agricole. Ainsi, peu importe la nature juridique de l'opérateur dès lors que celui-ci opère sur un marché concurrentiel et s'il se comporte comme un compétiteur, il ne peut bénéficier d'avantages exorbitants du droit commun qui fausseraient le jeu de la concurrence. Dans l'option choisie dans la proposition de loi et parce que les prestations sont pour les salariés celles des organismes assureurs en compétition les uns avec les autres, le régime local serait qualifié d'entreprise au sens du droit communautaire de la concurrence.

Or, il est au moins deux particularités essentielles du régime local d'assurance maladie : la cotisation est prélevée par l'URSSAF et les prestations sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie. De ce fait et comme le relève le rapport du gouvernement, les frais de gestion du régime local sont extrêmement bas (moins de 1 % des charges du régime contre environ 20 % pour les organismes privés).

Existe-t-il une « mission particulière » justificative pour « l'élément obligatoire co-financé et aligné » du régime local d'assurance maladie ? On peut en douter. Cette « banalisation » d'une partie de l'activité de l'Instance locale de gestion, des URSSAF et caisses primaires, qui opéreraient dès lors sur le marché de la prise en charge complémentaires des frais de santé, pourrait donc amener des organismes assureurs à critiquer les avantages dont bénéficie le régime local sur ce marché en Alsace-Moselle.

Mais le régime local peut aussi être considéré comme un tout si l'on fait abstraction de l'étrange lien entre cotisation patronale et « panier des soins » et donc de la « solidarité limitée » des employeurs dans le dispositif. L'on pourrait se contenter, en quelque sorte, d'estimer « suffisante » la solidarité des salariés et des retraités avec les salariés, les ayants-droits et les retraités : il y aurait alors une mutualisation des risques qui se ferait dans le cadre d'un régime de sécurité sociale fondé sur le principe d'une solidarité territoriale⁶² et dès lors, un motif d'intérêt général qui permettrait de considérer que l'atteinte à la liberté contractuelle des assureurs privés opérant dans le champ des complémentaire frais de santé, bien que réelle, n'était pas inconstitutionnelle.

Par ailleurs, la gestion des prestations couvertes par le régime local étant effectuée par les CPAM, le « relèvement du panier de garanties » du régime local nécessite une évolution

60 Affaire C. 244/94 rec. p 402.

61 RJS 2/97 n°195.

62 Par paraphrase de la formule du Cons. Constit. Décret n°2015-460 QPC du 26 mars 2015 KESSLER F., « La décision sur les « frontaliers suisses » : la confusion et l'esquisse d'une place à la solidarité », *Constitutions* 2015 p. 247

de leur système d'information. Conçus pour traiter les demandes de prise en charge des frais de santé dans la limite du tarif de responsabilité de la sécurité sociale, les systèmes d'information de la CNAMTS devraient dans l'hypothèse d'un alignement sur le « panier ANI », qui comprend des prises en charge qui excèdent les tarifs de responsabilité, faire l'objet d'importants aménagements. Comme le souligne le rapport parlementaire de 2015⁶³ « *il ressort de ces éléments qu'au-delà de strictes considérations juridiques, une évolution des règles d'organisation et de fonctionnement du régime local devraient tenir compte de contraintes matérielles non négligeables* ».

Certaines organisations syndicales de salariés – gestionnaires du régime local - ont critiqué le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 d'application de la loi de sécurisation de l'emploi. Il était d'abord reproché à l'encontre de cette disposition d'application de la loi du 14 juin 2013 de ne pas avoir répondu à l'injonction du législateur figurant à l'article L. 911-7 IV du Code de la sécurité sociale « d'adapter » le régime local. Il était ensuite demandé au gouvernement d'adopter de telles mesures « *et de prendre les dispositions transitoires de nature à différer dans le temps l'entrée en vigueur du décret jusqu'à l'édiction des dispositions d'adaptation* ».

Le Conseil d'Etat répond à ces critiques en deux temps. Il reconnaît d'abord au pouvoir réglementaire de ne pas prendre de dispositions expresses d'adaptation de la couverture collective complémentaire obligatoire des dépenses de santé à la situation des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

La haute juridiction administrative rappelle ensuite qu'il existe deux régimes légaux de base de couverture des frais de soins en Alsace-Moselle et la nature juridique du dispositif de généralisation de la « complémentaire santé des salariés » qui joue le rôle de différentiel dans la prise en charge des frais de soins. Aussi, pour le Conseil d'Etat, « le régime de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale *ne concerne que le seul reliquat des prestations qui ne sont pas déjà couvertes par les régimes obligatoires légaux, dont le régime légal complémentaire applicable localement* ».

Exit également la revendication des requérants de voir appliquer au régime local une participation employeur à l'image des règles issues de la loi de 2013 : « *l'ajout au régime local d'une couverture collective complémentaire obligatoire des dépenses de santé partiellement financée par les employeurs conduit dorénavant à ce que ces derniers contribuent au financement de la couverture complémentaire, prise globalement, ce qui a, à l'inverse de ce qui est soutenu, pour effet de réduire le caractère spécifique du traitement réservé à ces salariés* ».

La prise en charge des frais de soins pour les salariés du régime local est ainsi composée du régime général de base, cofinancé par les employeurs et salariés, de la complémentaire territoriale légale financée par les salariés et les retraités et de façon « surcomplémentaire » par les employeurs et les salariés dans le respect des règles des articles L 911-7 et suivants du Code de la sécurité sociale.

L'arrêt du Conseil d'Etat vient d'être complété par le « décret d'adaptation⁶⁴ » annoncé au IV de l'article L. 911-7 du Code de sécurité sociale qui reprend explicitement : le nouvel article D. 911-1-1 dudit Code prévoit désormais explicitement que « *Les prestations [de la couverture collective à adhésion obligatoire] sont déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime général auquel s'ajoutent celles du régime général* » et que « *les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié [de la couverture collective à adhésion obligatoire] sont réduites dans une proportion représentative du*

63 Rapport BIES P., JACQUAT D., REICHARDT A., SCHILLINGER P. déc. 2015 op.cit. supra p. 71.

64 Décret n° 2016-609 du 13 mai 2016 relatif à la couverture complémentaire santé des salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, JORF n°113 du 15 mai 2016.



différentiel de prestations résultant du 1^o. L'employeur assure au minimum la moitié du financement de ce différentiel ».

Il en résulte que seule la partie correspondant au différentiel et au panier minimum de soins non pris en charge par le régime local serait financée pour moitié par l'employeur, qui ne paierait donc qu'une moindre part (environ 14% de cet étage supplémentaire) là où les autres employeurs financent au moins la moitié de la totalité du dispositif. Les salariés financeront à environ 72% des cotisations - correspondant au Régime Local - auquel s'ajoutent la moitié des 28% restant à couvrir par le troisième étage, l'autre moitié étant prise en charge par leur employeur. Un salarié relevant du régime local d'assurance maladie financera, à droit constat, 86% de sa couverture complémentaire santé, alors qu'un autre salarié ne financera que 50%. Un employeur dont les salariés relèvent du régime local ne financera que 14%, là où un autre employeur (des « autres départements français ») devra contribuer à hauteur de 50%.

Ce régime territorial obligatoire de prise en charge complémentaire des frais de santé à la charge des seuls salariés a connu, au cours de ses soixante-dix ans d'existence, plusieurs crises et quelques remises en cause⁶⁵.

Pourtant pour la première fois dans l'histoire, un régime complémentaire obligatoire est plus généreux que le régime local. Pour la première fois, une solidarité obligatoire – opérée par le secteur privé⁶⁶ et réservée aux seuls salariés – empiète sur le champ de la solidarité territoriale. Pour la première fois, les solutions proposées par les acteurs locaux, discutées avec l'administration et relayées par les parlementaires de la région voire les modifications législatives adoptées ne suffiront peut-être pas : les solutions d'articulations du régime territorial complémentaire obligatoire avec les nouvelles obligations sont fragiles : le *statu quo* l'expose à une action des salariés affiliés qui pourraient revendiquer une discrimination par rapport à des salariés d'une même entreprise ou branche non ressortissants du régime local. Par ailleurs, si la réforme proposée par les acteurs locaux devait finir par être adoptée, des organismes assureurs intervenants sur le marché des frais complémentaires de santé, pourraient engager une action en concurrence déloyale contre l'instance locale de gestion. La « privatisation » totale de l'offre d'assurance maladie complémentaire obligatoire en Alsace-Moselle n'est dès lors pas à exclure entièrement.

65 KESSLER F., KERSCHEN N. op cit. supra.

66 On relira COLOMBO F., TAPAY N., Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for Individuals and health systems, OECD health working papers n°15 (2004) qui rappelle que la France est un pays dont l'assurance maladie privée est particulièrement importante.

Les fonds de pension à la française

Par **Philippe DESFOSSÉS**, *Directeur de l'Établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP)*



Par arrêté paru au Journal officiel du 11 juin 2008, M. Philippe Desfossés est nommé directeur de l'Établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP).

Diplômé de l'IEP de Paris et licencié en droit, M. Desfossés est ancien élève de l'ENA (promotion Léonard de Vinci).

Il a débuté sa carrière au Trésor en 1985. De 1995 à 1997, en qualité de conseiller au cabinet de M. Jacques Barrot, ministre du Travail et des Affaires sociales, il est responsable des dossiers retraite, dépendance, famille, et des relations avec les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assurances.

En janvier 1998, il rejoint le Groupe AXA et dirige International Finance Futures (2001-2002) puis la Compagnie Financière de Paris (2002-2008).

Depuis 2011, M. Desfossés est administrateur, représentant de l'ERAFP, de l'Association française des investisseurs institutionnels (AF2I).

I- Une réponse originale et pragmatique à une revendication ancienne

I.1/ Une revendication ancienne

La Retraite additionnelle de la Fonction publique (RAFP) a été instituée par l'article 76 de la loi n°2003-775 portant réforme des retraites.

Elle s'inscrit dans le cadre des évolutions qui ont affecté à cette époque le régime de pension des fonctionnaires.

Ces évolutions ont porté sur :

- ▼ une modification du mode de calcul de la pension, fondée sur des trimestres et non plus des annuités,
- ▼ un accroissement du nombre de trimestres exigés pour obtenir le taux « plein » de 75 % du dernier traitement,
- ▼ l'institution d'une décote pour les fonctionnaires qui ne rempliraient pas les conditions du nombre de trimestres exigés, tous régimes confondus, au moment de la liquidation des droits.

Fruit d'une négociation entre les pouvoirs publics et un certain nombre d'organisations syndicales, la RAFP est un fonds de pension public qui vise à améliorer le taux de remplacement (rapport entre le montant de la « retraite » et la dernière rémunération) de la pension civile ou militaire.

Dans un contexte de forte contrainte budgétaire et au moment où arrivaient à l'âge de la retraite les classes d'âges nées après la guerre, la création du RAFP a permis d'apporter une réponse adaptée

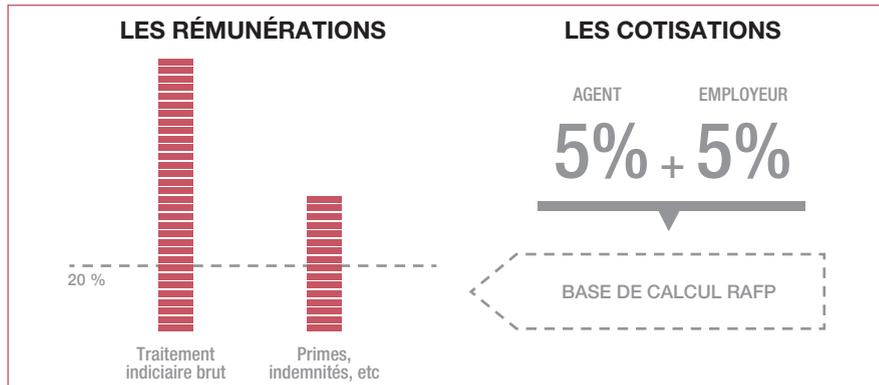
et originale à la demande des fonctionnaires de prise en compte de leurs rémunérations accessoires pour leur retraite.

La gestion du RAFF a été confiée à un établissement public administratif sous tutelle de l'État. La gestion administrative du Régime (encaissement des cotisations, suivi des comptes individuels RAFF, liquidation et versement¹) a été confiée à la Caisse des Dépôts sous l'autorité et le contrôle du conseil d'administration de l'ERAFF.

I-2/ Une réponse pragmatique

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005, le Régime de Retraite additionnelle de la Fonction publique, institué au bénéfice des 4,5 millions de fonctionnaires des trois fonctions publiques, est assis sur une fraction des éléments de rémunération dits « accessoires » qui ne sont pas pris en compte dans l'assiette servant au calcul de leur pension de retraite : il constitue un second étage de retraite obligatoire pour l'ensemble des fonctionnaires.

Le régime est entièrement contributif. Ses ressources proviennent des cotisations versées par les employeurs et les personnels (sous le statut de fonctionnaires) qu'ils emploient, complétées par les revenus dégagés par les portefeuilles d'actifs du Régime. La cotisation est assise sur les rémunérations accessoires (primes, indemnités, heures supplémentaires, avantages en nature pour leur valeur fiscale, etc..), dans la limite de 20 % du traitement. Cette cotisation, fixée à 10 % du montant de l'assiette, est répartie à parts égales entre l'employeur et le fonctionnaire, soit 5 % chacun. Ainsi, lorsque le fonctionnaire cotise au plafond, la cotisation salariale dont il s'acquitte est égale à 1 % de son traitement.



Dès le départ, il a été décidé de maintenir le rendement du régime (i.e. le rapport entre le prix payé pour acheter un point et le montant de rente versé pour chaque point acheté) à un niveau cohérent avec l'espérance de vie de la population des fonctionnaires.

I-3/ Une réponse originale

Un fonds de pension

Le RAFF occupe une place originale dans le système de retraite français en sa qualité de fonds de pension. La Retraite additionnelle de la Fonction publique est établie sur le

¹ Sauf le paiement des prestations aux fonctionnaires de l'État assuré par la Direction générale des Finances publiques (DGFiP).

modèle de la répartition intégralement provisionnée. Assimilé à la capitalisation collective, le dispositif repose sur l'obligation faite au Régime de couvrir en permanence l'intégralité de ses engagements par des actifs financiers. Ainsi, les droits acquis par chaque bénéficiaire durant sa carrière sont intégralement garantis par la constitution de provisions financières qui sont adossées à des actifs eux-mêmes productifs de revenus.

Un Régime en points qui intègre le souci de respecter l'équité intergénérationnelle

Le choix de cette technique de gestion traduit la volonté de mettre l'équité intergénérationnelle au cœur de la gestion du Régime.

Un régime de retraite ne doit pas distribuer des prestations dont la générosité soit payée par le sacrifice des plus jeunes cotisants. Le rendement technique constitue de ce point de vue un bon indicateur, puisqu'il permet de calculer en quelque sorte un retour sur ce qu'un individu pourrait considérer comme un « investissement » cotisation-retraite (combien on obtient de pension par euro de cotisation payée). À partir du rendement technique, il est aussi possible de déterminer l'espérance de vie implicite du Régime, autrement dit, en combien d'années en moyenne un bénéficiaire « récupère » ses cotisations.

Régime en points géré selon la technique de la capitalisation, le RAFF a placé le maintien de l'équité intergénérationnelle au cœur de sa gouvernance et de sa gestion. Cette volonté se traduit notamment par la définition d'une valeur d'acquisition unique pour l'ensemble des cotisants.

Instruits par l'expérience d'autres régimes et les difficultés qu'ils rencontraient, les concepteurs du RAFF ont intégré l'exigence de prudence et d'équilibre pour définir les paramètres du Régime. Ainsi, à la mise en place du RAFF, il a été décidé :

- ▼ que la valeur d'acquisition du point serait fixée à 1 € (pour acheter un point, il faut donc à la création du Régime, payer 1 €) ;
- ▼ que la valeur de service du point (combien je reçois chaque année de pension) serait fixée à 4 centimes d'euros.

À la création du Régime, l'espérance de vie implicite est donc de 25 ans.

Chaque année, le conseil d'administration de l'ERAFF se prononce sur l'évolution de la valeur d'acquisition du point, d'une part, et sur celle de la valeur de service, d'autre part.

Évolution des valeurs d'acquisition et de service du point

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Valeur d'acquisition (en €)	1	1,017	1,03022	1,03537	1,04572	1,05095	1,05620	1,07420	1,0850	1,09585	1,1452	1,1967
Variation	-	+1,70%	+1,30%	+0,50%	+1%	+0,50%	+0,50%	+1,70%	+1%	+1%	+4,5%	+1,70%
Valeur de service (en €)	0,04	0,0408	0,04153	0,04219	0,04261	0,04283	0,04304	0,04378	0,04421	0,04465	0,04465	0,04474
Variation	-	+2,00%	+1,80%	+1,60%	+1%	+0,50%	+0,50%	+1,70%	+1%	+1%	0%	+0,2%

Source : ERAFF



II- Un régime qui a su surmonter des difficultés et engager une démarche pionnière

II.1/ Des difficultés liées au défi de parvenir à mettre en œuvre une gouvernance adaptée à un fonds de pension

Décliner pour un fonds de pension les valeurs du service public

Le conseil d'administration de l'ERAFP est d'inspiration paritaire : les organisations syndicales et les organisations d'employeurs de la Fonction publique y sont représentées. Le souci du conseil d'administration a donc été de transposer les valeurs du service public au cœur du métier financier du Régime, qui est sa spécificité par rapport à d'autres régimes de retraite, y compris publics. Dès la création du Régime, le conseil d'administration de l'ERAFP a ainsi choisi de placer l'intégralité des actifs de l'ERAFP selon une politique d'investissement socialement responsable (ISR). Il a adopté en 2006 une Charte ISR qui en arrête les principes.

L'ensemble des investissements sont de ce fait réalisés en tenant compte de critères environnementaux et sociaux, déclinés selon les valeurs propres au service public français. Alors que les pratiques d'investissement socialement responsables sont souvent structurées par une approche morale ou éthique, notamment dans les pays anglo-saxons, aucune exclusion *a priori* n'est pratiquée hormis celles qui résultent des engagements internationaux de la France.

Piloter un régime en capitalisation en l'absence de fonds propres

Le RAFF a été créé sans fonds propres. Il n'a reçu aucun apport en dehors des cotisations qu'il perçoit et qui deviennent immédiatement des engagements à son passif. Pour se donner les moyens de rechercher des actifs suffisamment rentables pour améliorer le niveau des prestations servies, sans pour autant diminuer sa capacité à faire face aux risques liés à la volatilité des valorisations de ses actifs ou à d'autres aléas, le Régime doit disposer d'une marge de prudence. C'est la raison pour laquelle, conscient de cette responsabilité réglementaire et prudentielle, le conseil d'administration de l'ERAFP a adopté le 12 décembre 2013 une Charte de pilotage des paramètres techniques. Le conseil d'administration de l'ERAFP a ainsi formalisé son souhait de préserver la durée du pouvoir d'achat des droits à retraite acquis par les bénéficiaires du Régime. Cette Charte de pilotage reconnaît dès lors l'existence d'un lien entre la capacité du Régime à revaloriser les droits et sa richesse.

Au-delà du taux de couverture comptable des engagements qui doit demeurer supérieur à 100% en application de la réglementation, la Charte de pilotage conditionne la revalorisation du point RAFF. Pour cela, un taux de couverture économique est défini, qui tient compte des plus-values latentes dont les actifs du Régime peuvent être porteurs. Ce taux est comparé chaque année à la somme des engagements comptables et de la marge de prudence nécessaire. Ce n'est que dans le cas où le taux de couverture économique est supérieur à cette somme (taux de couverture comptable + marge de prudence) que la richesse potentielle du Régime est considérée comme suffisante pour revaloriser les prestations. Ce mécanisme permet de substituer à l'absence de capital de départ une mesure de prudence, en permettant au conseil d'administration d'apprécier

les conséquences de ses décisions à long terme et de maintenir une « sur-couverture économique » des engagements.

II.2/ Des difficultés induites par un cadre juridique peu adapté

Le statut d'EPA et les règles qui en découlent

Géré par un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle de l'État, l'ERAFP est soumis au code des marchés publics et ne peut donc échapper à la contrainte d'un renouvellement des mandats de gestion à intervalle régulier et rapproché. Sachant qu'entre le moment où l'appel d'offres est lancé et le moment où le gestionnaire sélectionné commence à investir dans la classe d'actifs, un délai de 9 mois minimum est nécessaire, l'obligation de recourir aux marchés publics auquel est soumis le Régime ne lui permet pas de jouer pleinement son rôle sur les marchés en saisissant les opportunités qui s'offrent à lui.

Une réglementation des placements qui n'a évolué qu'au bout de 6 ans

Compte tenu de son caractère très novateur et de la volonté d'inscrire son développement dans un cadre présenté comme très prudentiel, la réglementation a imposé des restrictions importantes à l'allocation d'actifs de l'ERAFP.

Les règles de placements et de pilotage auxquelles doit se conformer l'ERAFP sont fixées par voie réglementaire et s'inspirent en grande partie des dispositions applicables aux organismes œuvrant dans l'univers de l'assurance facultative par capitalisation.

La gestion actuelle du Régime a démontré que l'ERAFP avait fait preuve de prudence dans sa politique d'investissement alors même que les marchés connaissaient des turbulences, sans toutefois tirer suffisamment parti des caractéristiques uniques que lui assurent son caractère obligatoire et sa création récente : à savoir un passif très long et une exceptionnelle liquidité (2 milliards d'euros de cash flow net positif en moyenne par an pendant les dix prochaines années).

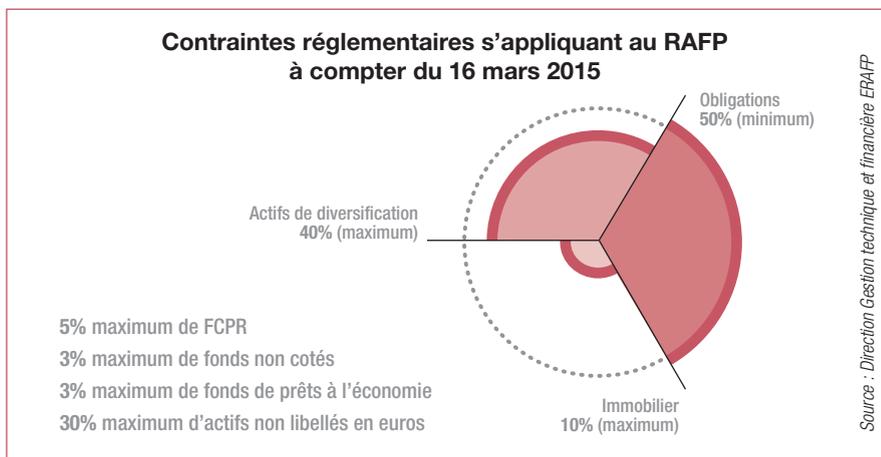
Une première diversification des actifs du Régime au-delà des actions souveraines a été engagée en 2007 avec des investissements dans les actions de grandes capitalisations de la zone euro, dans les actions internationales et dans les obligations d'entreprises. Une extension du champ d'investissement a ensuite été autorisée au Régime en 2010 avec la possibilité d'investir dans l'immobilier et les forêts (ce qui lui était interdit jusque-là).

En 2015, un nouveau décret a modifié le cadre d'investissement du Régime de Retraite additionnelle de la Fonction publique en élargissant la liste des actifs dans lesquels l'ERAFP est autorisé à placer ses fonds. Le Régime, dont les caractéristiques d'investisseur de long terme sont aussi mieux prises en compte, peut ainsi espérer améliorer son espérance de rendement et accroître sa contribution au financement des entreprises.

Ce décret facilite la gestion des actifs en ouvrant la possibilité d'investir désormais, sans délégation de gestion, dans des organismes de placement collectif, dans des créances non garanties de petites et moyennes entreprises et dans des titres de créances négociables d'entreprises pour la gestion courante de trésorerie.

Le conseil d'administration et la direction de l'ERAFP se sont félicités de cette avancée qu'ils réclamaient depuis longtemps et dans le cas de la direction depuis mi-2008, particulièrement

bienvenue dans le contexte économique actuel. Depuis sa création, l'Établissement a dû faire face à des conditions de marchés difficiles et a été pénalisé par une allocation d'actifs inadaptée à ses caractéristiques parce que trop largement tournée vers les obligations (minimum 75 % de ses investissements à l'origine).



II.3/ Un Régime qui a su engager une démarche pionnière

Responsable pour gérer son passif, l'ERAFF l'est aussi pour investir

La politique de placements initiée par le conseil d'administration de l'ERAFF a eu pour objectif, dès la création du Régime, de concilier dans une même approche performance financière, maîtrise des risques et engagement socialement responsable. Dans ce sens, tous les investissements de l'ERAFF sont réalisés dans le respect d'un dispositif ISR propre, original et exigeant. Ce dispositif a permis de se doter d'une politique de placements qui prend en compte, de manière résolue et permanente, la recherche de l'intérêt général.

Une Charte ISR et son annexe déclinent, pour chaque catégorie d'actifs, les critères et la méthode de notation extra-financière des titres en portefeuille. L'ERAFF s'est ainsi doté d'un système d'évaluation et de notation qui lui est propre, confirmant ainsi sa singularité parmi les investisseurs institutionnels français.

La démarche du Régime d'établir sa politique de placement sur le triptyque : soutenabilité, équité intergénérationnelle et investissement responsable, a fait de l'ERAFF un pionnier....

Le choix d'un ISR pragmatique (le best in class)

En cohérence avec sa Charte ISR et les valeurs qu'elle promeut, le Régime a fait le choix d'une politique d'investissement exigeante et pragmatique. Ce souci se traduit par le choix de retenir une approche qui, au sein des différents secteurs économiques, récompense ceux qui ont déjà compris l'intérêt de prendre en compte les exigences sociales, les valeurs de bonne gouvernance et le respect de l'environnement.

L'application du principe de best in class se traduit dans le dispositif par des règles quantitatives permettant de définir l'univers d'investissement éligible. Ces règles sont

déclinées pour chaque classe d'actifs, dans le but d'inciter chacun à progresser. De façon générale cela signifie :

- ▼ n'exclure aucun secteur d'activité, mais promouvoir les émetteurs les plus responsables au sein de chaque secteur et plus généralement au sein de groupes d'émetteurs comparables ;
- ▼ valoriser les progrès réalisés ;
- ▼ suivre et accompagner les émetteurs qui s'inscrivent dans une démarche de progrès continus.

Pour un investisseur de la taille de l'ERAFF, désireux d'adopter une démarche transversale homogène sur l'ensemble des classes d'actifs dans lesquelles il investit, l'approche best in class semble la plus cohérente :

- ▼ elle concerne non seulement tous les investissements du Régime, mais elle s'applique aussi à toutes les phases de l'investissement (en amont lors de la sélection des actifs et en aval, avec un suivi des titres ou des actifs après l'investissement),
- ▼ elle repose sur un large spectre de valeurs appliqué transversalement, plutôt que sur une multitude de poches monothématiques,
- ▼ elle s'attache aux liens existants entre les différents enjeux et entre les différents émetteurs, au lieu d'attaquer chaque problématique isolément.

La volonté de s'engager auprès des entreprises dans lesquelles nous sommes investis

Jusqu'en 2012, l'approche ISR de l'ERAFF reposait principalement sur l'application de critères environnementaux, sociaux et de gouvernance (ESG) au niveau de la sélection des investissements en portefeuille. Le dispositif a été complété par l'adoption en décembre 2012 de lignes directrices en matière d'engagement actionnarial : elles visent à définir un cadre d'intervention pour l'ERAFF (et/ou ses mandataires) en tant qu'actionnaire actif.

Cette politique d'engagement actionnarial repose sur :

- ▼ L'implication de l'ERAFF dans des initiatives d'engagement collaboratif, afin de bénéficier de l'expérience d'autres investisseurs et des effets positifs de la mutualisation des ressources et actifs sous gestion.
- ▼ Une politique de vote aux assemblées générales qui est axée sur la promotion des intérêts des actionnaires de long terme : soutenabilité du dividende, prise en compte des critères environnementaux et sociaux dans les politiques de rémunération des dirigeants, modération de ces rémunérations, en particulier de leur part variable à court terme.

Le souci de coopérer pour porter une vision européenne sinon française de l'ISR au-delà des frontières

L'ERAFF est engagé dans des initiatives favorisant la concertation entre investisseurs et la recherche en matière d'ISR.

À ce titre, il est **signataire des Principes pour l'Investissement Responsable de l'ONU (PRI)** depuis 2006.

En 2013, l'ERAFF a rejoint l'Initiative pour la Transparence des Industries Extractives et le Groupe des Investisseurs Institutionnels sur le Changement Climatique.



L'Initiative pour la Transparence des Industries Extractives (ITIE), créée en 2002, cherche à développer un système efficace d'information sur les paiements versés aux gouvernements des pays riches en ressources naturelles par les entreprises des secteurs miniers, pétrolier et gazier. Elle est soutenue par des gouvernements d'origine ou d'accueil, des sociétés commerciales et nationales et d'autres parties prenantes. Le gouvernement français soutient l'ITIE depuis 2005. Le conseil d'administration de l'ERAFFP a autorisé l'Établissement à signer la Déclaration des investisseurs sur la transparence dans le secteur extractif. Ce faisant, l'ERAFFP rejoint les 80 institutions gérant environ 16 trillions de dollars de fonds d'investissement à travers le monde qui soutiennent l'ITIE.

Le Groupe des Investisseurs Institutionnels sur le Changement Climatique (Institutional Investor Group on Climate Change – IIGCC), quant à lui, rassemble des investisseurs institutionnels autour de l'enjeu du changement climatique. Par cette démarche commune, ils entendent agir en faveur d'une économie faible en carbone, notamment à travers le partage d'expériences sur les pratiques d'investissement et soutenir les politiques publiques internationales qui vont dans ce sens.

L'ERAFFP considère qu'œuvrer en faveur d'une économie faible en carbone est cohérent avec ses intérêts d'investisseur de long terme et ceux de ses bénéficiaires.

En 2014, l'ERAFFP a renforcé son implication au sein des PRI en participant activement à plusieurs initiatives d'engagement collaboratif menées dans ce cadre sur les thèmes de :

- ▼ la prévention de la corruption ;
- ▼ la fracturation hydraulique ;
- ▼ les relations de travail ;
- ▼ les conditions de travail dans la chaîne d'approvisionnement agricole.

Enfin, en 2016, l'ERAFFP a adhéré au Forum pour l'investissement responsable (FIR), renforçant ainsi le collège des investisseurs. C'est en effet à eux qu'incombe en premier lieu la responsabilité de financer l'économie durable et au sein du FIR, l'ERAFFP entend développer ses actions en ce sens, notamment via l'échange de bonnes pratiques, la promotion de la recherche et l'engagement collaboratif.

III- Un régime qui constitue un banc test

III.1/ Le RAFFP montre qu'il est possible à un Régime de définir par lui-même ex ante des règles destinées à assurer son autorégulation

La Charte de pilotage

Le RAFFP est soumis à une réglementation prudentielle exigeante qui dispose que :

- ▼ Les engagements du Régime à l'égard de ses bénéficiaires doivent être couverts par des actifs d'un montant au moins équivalent ;
- ▼ La valeur actuelle probable de ces engagements doit être calculée en utilisant un taux d'actualisation prudentiel, c'est-à-dire cohérent avec le rendement prudemment estimé des actifs du Régime.

La retarification

Le changement d'environnement financier et démographique que l'on connaît depuis ces derniers temps rendait l'opération vérité inéluctable. D'un côté, le taux d'actualisation des engagements du Régime, déduit du rendement prudemment estimé de l'actif, était devenu inférieur au taux utilisé pour déterminer la tarification des prestations de l'ERAFP². De l'autre, l'espérance de vie des affiliés apparaissait nettement supérieure à celle envisagée à la création du RAFP. En effet, en 2005 pour une personne âgée de 47 ans, l'espérance de vie était de 41,6 ans et pour une personne âgée de 62 ans, l'espérance de vie était de 26 ans alors qu'en 2015 pour une femme âgée de 47 ans, l'espérance de vie était de 46,9 ans, pour un homme âgé de 47 ans, l'espérance de vie était de 43,3 ans, pour une femme âgée de 62 ans, l'espérance de vie était de 30,7 ans et pour un homme âgé de 47 ans, l'espérance de vie était de 27,1 ans.

C'est pour ces raisons que le conseil d'administration de l'ERAFP, après avoir analysé différentes options, a décidé en mars 2015 de procéder à une « retarification » de ses passifs. Il l'a fait en ayant à l'esprit le besoin de protéger la fragile équité intergénérationnelle que l'ERAFP a toujours promue.

Le Régime s'est donné les moyens d'investir d'une manière plus cohérente avec ses caractéristiques d'investisseur de long terme : longue durée des passifs, *cashflow* positif net de 2 milliards d'euros chaque année pour les 10 prochaines années (en moyenne). L'ERAFP peut s'enorgueillir d'investir conformément à la Charte ISR exigeante que son Conseil a adoptée dès la création du Régime. En réajustant les paramètres du Régime pour l'adapter à son nouvel environnement, le conseil d'administration de l'ERAFP montre qu'il reste fidèle à sa conviction qu'un fonds de pension ne saurait être un investisseur responsable s'il ne commence pas par gérer ses propres passifs de manière responsable.

III.2/ Le RAFP pourrait évoluer

L'examen des courriers adressés au RAFP fait apparaître de la part des bénéficiaires un certain nombre d'attentes auxquelles le Régime ne peut répondre pour l'instant.

Tout d'abord, de nombreux courriers mentionnent la faible contribution au taux de remplacement de la retraite additionnelle. Il faut certes rappeler que par définition les bénéficiaires n'ont pu cotiser au maximum qu'un peu plus de dix ans puisque le Régime n'est devenu opérationnel qu'en 2005.

En revanche, et ce point est lui aussi régulièrement mentionné, le plafonnement de l'assiette des cotisations limite l'effort additionnel des cotisants.

L'enjeu est significatif puisque la moyenne des primes est estimée à 30 / 35 % de la rémunération. Compte tenu de la dispersion forte autour de cette moyenne (les professeurs des écoles par exemple touchent peu de primes) le plafonnement affecte fortement certaines catégories. Bien sûr, le déplafonnement aurait un coût (limité) pour les employeurs, mais il mettrait fin à :

- ▼ une inégalité par rapport aux salariés du privé, pour lesquels le principe de l'inclusion dans l'assiette de cotisation retraite des rémunérations salariales ne souffre pas d'exception ;

² Le taux du tarif est le taux qui, retenu pour actualiser le flux actuariel des prestations, assure sa couverture par le placement des cotisations au même taux.



- ▼ la fiction du suivi du respect de ce plafond (qu'il faut en théorie réaliser dans les situations de multi-employeurs) de fait rendu impossible par les modalités de comptabilisation des sommes versées au titre de la GIPA³ ou bien les jours de CET⁴ transformés en points RAFF.
- ▼ Ces exceptions n'étant pas prises en compte pour le calcul du respect du plafond, elles ne font pas l'objet d'un versement à part de la part des employeurs. Ainsi, les cotisations versées à leur titre ne sont pas différenciées de celles versées au titre des cotisations « normales ».

Par ailleurs, d'autres cotisants, conscients de l'intérêt de compenser par un effort personnel la baisse tendancielle du taux de remplacement, souhaiteraient pouvoir cotiser davantage pour leur retraite. Il existe certes déjà des produits d'épargne retraite mais les difficultés rencontrées par certains (le CREF⁵, la MRIFEN⁶ par exemple) ou les frais très élevés de certains autres rendent attractive la proposition de l'ERAFP. En effet, le Régime par sa taille gère pour un coût extrêmement faible (inférieur à 25 points de base ou à 0,25 % de l'encours) un vrai régime de retraite qui garantit aux jeunes cotisants qu'il veillera à protéger l'équité intergénérationnelle.

Dans ces conditions, est observée une demande pour la création d'un étage de cotisation facultative.

De manière plus générale et sans sous-estimer la difficulté de modifier la fiscalité de l'épargne (et en particulier celle afférente à l'assurance vie) reprendre l'architecture de l'ERAFP pour en faire un support d'épargne retraite ouvert à tous serait une éventualité. En clair, ce produit générique, la Retraite additionnelle des Français, serait proposée à tous dans le cadre de contrats collectifs à adhésion individuelle. Tous les offreurs actuels de l'assurance vie pourraient ainsi proposer le produit. Ils se feraient alors concurrence sur la qualité de leur support opérationnel et leur performance financière dans le respect des règles prudentielles applicables à tous et prenant en compte la nature à long terme de ces fonds de pension à la française.

III.3/ Un rôle accru pour initier les choix de long terme

Pour se développer, les entreprises et en particulier les PME ont besoin de capital et plus encore de capital patient. Dans le cas des petites entreprises et plus encore pour celles qui viennent de se lancer, ce sont les fonds de titres non cotés qui sont susceptibles d'apporter ce type de financements longs.

Le financement des infrastructures, au moment où les banques ont tendance à se retirer de cette activité, va lui aussi de plus en plus solliciter les investisseurs institutionnels et plus particulièrement les fonds de pension dont l'ERAFP fait partie.

La simple observation de la séquence des cash flows du Régime permet de prendre la mesure de sa capacité à investir à long terme pour soutenir la croissance de l'économie.

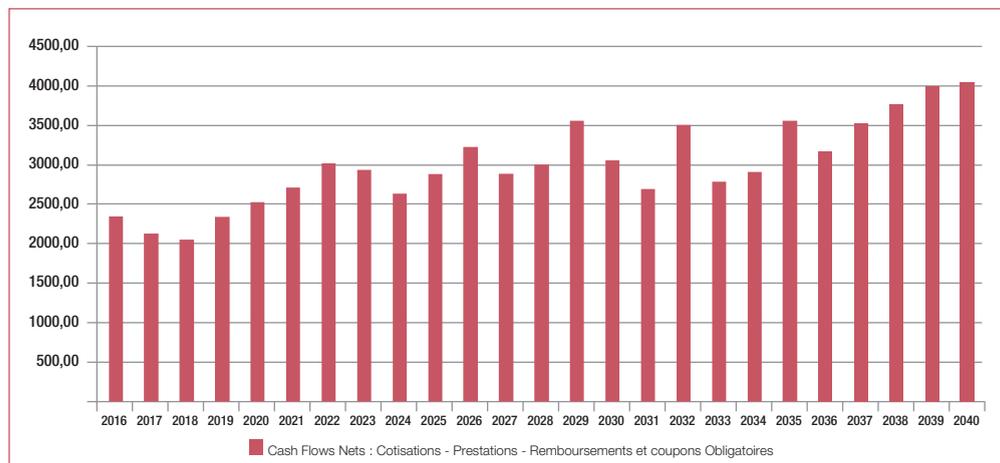
3 GIPA : Garantie Individuelle de Pouvoir d'Achat de la grille indiciaire

4 CET : Compte Épargne Temps

5 CREF : Complément de Retraite de l'Éducation nationale et de la Fonction publique

6 MRIFEN : Mutuelle Retraite des Instituteurs et des Fonctionnaires de l'Éducation Nationale

Les actifs du Régime vont continuer de croître fortement. En effet, la montée en charge va se poursuivre sur près de 40 ans. Sur cette période, les cash flows restent positifs et très importants (de l'ordre de 2,5 milliards d'euros par an pendant les 15 prochaines années).



Un fonds de pension doté d'une gouvernance solide et décidé à maintenir l'équité intergénérationnelle est naturellement enclin à évaluer minutieusement les principaux facteurs qui seront les moteurs de l'économie. De fait, de plus en plus d'investisseurs et notamment de fonds de pension réalisent que les questions sociales, la gouvernance et l'environnement conditionneront la capacité des entreprises à préparer, et dans certains cas anticiper, la transformation à venir de l'économie. Le défi est d'autant plus grand qu'il faut :

- ▼ passer d'une logique linéaire (« extraire, produire, jeter ») à un modèle circulaire (« réduire, réutiliser, recycler ») ;
- ▼ agir rapidement dans la mesure où le temps est compté et où le « budget carbone » sur lequel nous pouvons encore tabler est très restreint (si nous voulons limiter à 2°C la hausse des températures à l'horizon 2050).

Comme cela a été indiqué précédemment, l'ERAFP s'est doté de sa propre Charte ISR et tous ses investissements doivent passer à travers un processus de sélection qui met en œuvre des critères directement déclinés de cette Charte.

Pour un fonds de pension public comme l'ERAFP, investir dans une optique de développement durable va de soi. À cet égard, lorsque chaque jour il apparaît plus clairement que « tout le carbone ne sera pas brûlé », les détenteurs d'actifs et notamment les grands fonds de pension doivent comprendre qu'il est temps d'allouer leurs investissements :

- ▼ dans l'optique de réduire leur exposition aux actifs peut-être déjà en partie « inexploitable » (cf. combustibles fossiles non conventionnels) ;
- ▼ et en prenant progressivement conscience du fait que l'analyse financière et l'analyse ESG ne doivent plus être considérées séparément. Contrairement à ce que d'aucuns prétendent encore, il n'y a pas de compromis à faire entre la performance et les résultats en termes environnementaux, sociaux et de gouvernance. Intégrer les facteurs ESG est le moyen le plus efficace d'investir dans des modèles économiques durables.



L'ERAFP a été le premier investisseur institutionnel en France à mesurer l'empreinte carbone de son portefeuille en actions cotées. En cohérence avec cet engagement, le Régime participera activement par sa politique d'investissement au financement d'une transition vers une écologie plus soutenable et moins intense en carbone, qui va offrir de multiples opportunités (isolation des bâtiments, mise en place de grilles et de connexions intelligentes, développement des sociétés qui promeuvent des services de partage, etc.).

Parce qu'il dispose d'une capacité d'investissement encore importante grâce aux cotisations des 4,5 millions de fonctionnaires des trois fonctions publiques, le Régime recherchera les partenariats qui lui permettront de participer au financement d'opérations permettant de répondre à des besoins sociaux et en particulier au logement des fonctionnaires. Sur ce dernier point, il est en effet avéré que nombre de jeunes fonctionnaires ont parfois de grandes difficultés à se loger près de leur lieu de travail dès lors qu'ils sont affectés dans des grandes villes où le prix de l'immobilier a fortement progressé au cours de ces dernières années.

Un des grands enjeux pour le prochain mandat du conseil d'administration de l'ERAFP sera de déterminer les conditions d'une poursuite d'une diversification des actifs plus que jamais nécessaire (cf. projet loi Sapin II) alors que les difficultés des finances publiques conduisent à s'interroger sur le caractère « sans risque » des obligations d'État.

L'essentiel de la performance du Régime résulte en effet de son allocation stratégique.

La lutte contre le réchauffement climatique

Il n'est plus contesté que la température à la surface du globe a régulièrement progressé avec l'ère industrielle. Dans ces conditions, au titre de leur devoir fiduciaire, les investisseurs institutionnels doivent se demander si le changement climatique peut compromettre leur capacité à honorer les engagements qu'ils ont pris vis-à-vis de leurs clients, de leurs assurés ou de leurs cotisants.

Si très peu d'entre eux peuvent assumer de rester sans rien faire, ils sont pour beaucoup relativement démunis quand il faut passer à l'action. De fait, les organes de gouvernance de ces investisseurs ont une compréhension variable du risque carbone et pour certains, la prise de conscience est très limitée. Cette méconnaissance, associée à la difficulté de s'y retrouver dans des discours souvent contradictoires et parfois abscons, peut justifier une frilosité, voire des actions qui ne vont pas au-delà du symbolique.

Pour sortir de cette situation, il faut accepter de reconnaître qu'un grand nombre d'investisseurs ont besoin de réponses simples. Les investisseurs institutionnels doivent faire preuve d'esprit d'initiative. Si leur devoir fiduciaire leur dicte d'évaluer le risque que fait courir le changement climatique sur la valeur de leurs investissements, ils doivent faire plus. Ils doivent, en particulier, commencer à modifier leur allocation d'actifs. C'est bien la démarche adoptée par l'ERAFP. Dans une démarche best in class, le Régime cherche à se désengager, dans chaque secteur de l'économie, des entreprises qui, parce qu'elles sont les plus intenses en carbone sont aussi les plus risquées. En parallèle, l'ERAFP entend également contribuer à accélérer la transition énergétique en investissant dans des solutions qui vont au-delà du processus d'amélioration continue.

En pleine COP21, l'ERAFP a ainsi confié à amLeague et Cedrus AM la mise en œuvre d'une plateforme virtuelle permettant aux gestionnaires de montrer sur une période significative leur capacité à réduire l'intensité carbone d'un portefeuille d'actions internationales. Au niveau d'une poche d'investissement, cela fera sans doute émerger des stratégies innovantes de gestion.

L'ERAFP a par ailleurs soutenu en 2015 l'initiative Tera Neva menée notamment par la Banque européenne d'investissement, en souscrivant une obligation climatiquement responsable visant à financer des entreprises engagées dans une démarche convaincante en matière de lutte contre le changement climatique.

En parallèle, l'ERAFP développe progressivement sa propre vision de l'intervention dans l'économie réelle, avec notamment la création d'une poche d'actifs non cotés. Le capital investissement et les infrastructures de réseau sont des relais par excellence d'une stratégie zéro carbone, de par les possibilités d'économies d'énergie et les gains d'efficacité qu'ils recèlent. De même que le déploiement d'un réseau connecté a un effet d'entraînement sur toute l'économie, l'ERAFP espère jouer à terme un rôle de catalyseur et dans l'immédiat va continuer à s'associer aux efforts des différentes parties prenantes pour accélérer le financement de la transition et contribuer au dépassement des objectifs de l'Accord de Paris.

B

SYNERGIES ET EFFETS OBSERVÉS

sortir de la situation de précarité, plus en particulier, il pourrait être intéressant de préciser, il s'agit de la mise en application de la petite entreprise, des compétences et savoirs que...

Car il peut revenir à...

ici au moins deux...

enfants (pour leur soutien...

du travail ? la part...

e, en gros, par les...

ternelle) a-t-elle se...

é de la question p...

compose) finance-t-on...

se-t-on des presta...

ndre un tel sujet s...

s, d'observations, e...

n d'abondance que...

s comme d'investig...

T. C'est peu dire qu...

'être toujours conv...

multiples rapports à...

Les retraites complémentaires du privé : à la recherche d'une double cohérence

Par Jean-Jacques MARETTE, *Directeur général honoraire du GIE AGIRC-ARRCO*



Jean-Jacques MARETTE a été directeur général de l'AGIRC et de l'ARRCO et membre du Conseil d'orientation des retraites

« Pour espérer, pour aller de l'avant, il faut savoir d'où l'on vient »

Fernand Braudel

En 2014, les prestations du risque vieillesse-survie ont représenté en France 315 milliards d'euros¹, ce qui constitue le premier poste de la protection sociale en étant légèrement supérieur au budget de l'État, hors remboursement de la dette.

Le niveau de vie des retraités comparé à celui de l'ensemble de la population est l'un des plus élevés au sein des pays de l'OCDE² et si le taux de pauvreté des retraités était encore de 35 % en 1970, il est en 2013 estimé à 7,9 %, sensiblement inférieur à celui de la population totale (14 %)³.

Pour autant, les raisons démographiques, tenant tant au baby-boom qu'à l'allongement de l'espérance de vie et le ralentissement de la croissance économique ont conduit depuis une vingtaine d'années à une succession de réformes annoncées souvent comme « la dernière ».

Dans cet « état de réforme permanente », de nombreuses voix s'élèvent pour demander une évolution profonde de l'architecture du système de retraite : il y a une dizaine d'années, des universitaires de sensibilités diverses ont plaidé pour la mise en place d'un régime unique de retraite obligatoire⁴, en lieu et place des 35 régimes existant et les programmes de plusieurs partis politiques et d'organisations syndicales vont dans le même sens.

Il y a aujourd'hui une opinion largement répandue suivant laquelle une réforme « systémique » de l'architecture des régimes de retraite serait indispensable pour pérenniser ce système de retraite obligatoire auquel les français sont par ailleurs très attachés.

Les arguments avancés sont divers et souvent non hiérarchisés : atteindre l'équité entre les différentes catégories d'actifs, améliorer la lisibilité d'un système perçu comme très complexe, réduire les coûts de gestion de ces régimes multiples, simplifier les démarches lors du passage à la retraite. Or chacun sait qu'à vouloir poursuivre plusieurs objectifs à la fois, on prend le risque de n'en atteindre aucun...

1 Comptes provisoires des prestations de protection sociale en 2014 : première estimation Drees novembre 2015

2 Pensions at a Glance 2015 : OECD and G20 indicators, p169

3 13^{ème} rapport du COR – les retraités : un état des lieux de leur situation en France- décembre 2015, p.35

4 « Retraites : pour un système de comptes individuels de cotisations » Antoine Bozzio et Thomas Piketti, avril 2008
« Réforme des retraites : vers un big bang » Jacques Bichot, mai 2009



Pour contribuer au débat et en se focalisant sur les retraites des salariés du secteur privé, qui représentent 62 % des prestations servies mais concernent 81 % des retraités, on relèvera que le système actuel s'est progressivement organisé autour d'une construction à deux niveaux, régimes de base et régimes complémentaires.

La question qui se pose aujourd'hui est la suivante : pour atteindre les objectifs de soutenabilité, de simplification et de réduction des coûts de gestion, est-il préférable de raser cette « maison à deux niveaux » pour en construire une « de plain-pied » ou peut-on réhabiliter chacun des étages en améliorant les circulations entre les deux ?

À cet égard, il faut souligner que l'étage de la retraite complémentaire qui s'est progressivement généralisé pendant les « trente glorieuses » (I) n'a cessé depuis 20 ans de gagner en cohérence pour assurer sa pérennité (II), même si les circulations avec les régimes de base doivent être accrues pour améliorer la cohérence d'ensemble (III).

I- La généralisation de la retraite complémentaire pendant ... « les trente glorieuses »

L'histoire de la mise en place d'un étage complémentaire aux prestations de sécurité sociale a fait l'objet d'un ouvrage remarquable⁵ qui détaille cette construction de manière très complète, auquel le lecteur aura tout intérêt à se reporter. Dans le cadre de cet article, on se bornera à survoler les jalons importants de cette construction (I.1) pour expliquer les caractéristiques essentielles de cet étage qui le distinguent du régime de base (I.2).

I-1/ De 1947 à 1972, une création indissociable des « trente glorieuses »

La sécurité sociale portait en elle-même les germes d'un étage complémentaire

Si les ordonnances d'octobre 1945 n'ont pas réussi à instaurer le régime unique qu'imaginaient les auteurs du plan de sécurité sociale, c'est sans doute la conséquence de corporatismes vivaces dans la France de l'immédiat après-guerre, du rôle de l'État qui ne voulait pas sacrifier des régimes spéciaux préexistants mais aussi des mécanismes forts de solidarité qui étaient incorporés dans le système qui se mettait en place.

La sécurité sociale a été dès l'origine appelée à verser des prestations à caractère contributif mais également des prestations de solidarité, d'où un cantonnement inévitable de ces prestations (plafond de la sécurité sociale, réversions sous conditions de ressources...) qui fait nécessairement d'un régime unique « un régime de base » (cf. régime des allocations familiales).

Dans la France industrielle qui se reconstruisait, il était inimaginable de priver les 200 000 cadres des avantages spécifiques qu'ils avaient pour la plupart acquis dès les années 30. Dix-huit mois après la création de la sécurité sociale, et après un bras de fer avec le gouvernement, les Partenaires sociaux créent, le 14 mars 1947, l'AGIRC, Association générale des institutions de retraite des cadres.

La solution retenue a consisté, non pas à instaurer un régime spécial pour les ingénieurs et cadres comme il en existait dans le secteur public mais, en confirmant l'inscription de cette catégorie de salariés dans le champ de la sécurité sociale, à permettre l'instauration

5 « Retraites complémentaires : 75 ans de paritarisme » François Charpentier – Economica 2014

d'un régime complémentaire obligatoire. L'assiette de ce régime se situant au-dessus du plafond de la sécurité sociale, la question se pose néanmoins de savoir s'il convient de parler d'un régime complémentaire ou d'un régime additionnel.

Le foisonnement conventionnel dans une période de forte croissance

Pour les non-cadres, il préexistait parfois des régimes spécifiques. Mais c'est la croissance forte de la période de la reconstruction pendant laquelle il y avait dans les entreprises et les branches professionnelles « du grain à moudre »⁶ qui a conduit au développement progressif d'une retraite vraiment complémentaire puisqu'intervenant sur la même assiette que celle du régime de base. Cette construction, en « tâche d'huile », en partant des branches dynamiques et des grandes entreprises a produit l'émergence de régimes très hétérogènes dans leur champ, leurs modalités techniques de fonctionnement, le caractère parfois facultatif de l'adhésion : c'est ainsi qu'en 1957, on dénombre 500 à 600 « régimes » de retraite complémentaires.

Une indispensable remise en ordre

Une première tentative est intervenue le 15 mai 1957 avec la création de l'UNIRS, Union nationale des institutions de retraite des salariés, ayant pour objet, sur le modèle de l'AGIRC de coordonner et de compenser les opérations des institutions adhérentes. Si l'UNIRS a fédéré une cinquantaine d'institutions, notamment dans le domaine de l'industrie et du commerce, appliquant la même réglementation, elle n'avait pas de caractère obligatoire, et un grand nombre de régimes pré-existants sont restés en dehors de l'UNIRS qui est devenu un régime de plus.

C'est dans ce contexte qu'a été créée l'ARRCO aux termes de l'accord interprofessionnel du 8 décembre 1961. À un moment où la retraite complémentaire concernait désormais une grande majorité des salariés, les Partenaires sociaux ont ressenti la nécessité de pousser à la généralisation de la retraite complémentaire et d'assurer la pérennité de cet étage en mettant en œuvre une solidarité entre les régimes par le biais d'une compensation et d'une coordination de leurs opérations.

La généralisation de la retraite complémentaire

Dans cette construction, si les Pouvoirs publics sont restés très vigilants compte tenu de l'importance croissante que prenait l'étage complémentaire, ils ne sont juridiquement intervenus qu'à la fin de 1972 en adoptant la loi « portant généralisation de la retraite complémentaire au profit des salariés et des anciens salariés ».

L'État s'est donc contenté d'affirmer le droit de tous les salariés du secteur privé à bénéficier d'une retraite complémentaire, mais sans définir les prestations correspondantes. L'effet de la loi a été d'étendre la retraite complémentaire à des secteurs non représentés au CNPF. On peut estimer⁷ que si en 1972, 13 millions d'actifs cotisaient à l'ARRCO ou à l'AGIRC, la loi de généralisation a permis de rattraper 1 million de salariés qui jusqu'alors étaient privés de droit à retraite complémentaire.

Dans les 20 ans qui ont suivi cette loi de généralisation, des secteurs importants qui n'étaient pas en 1972 dans le champ de l'AGIRC et de l'ARRCO ont estimé que leur base démographique était trop faible et sont venus « se réfugier » dans les régimes nationaux interprofessionnels : il s'agit notamment des salariés du secteur bancaire en 1992, des salariés de la sécurité sociale l'année suivante ou bien encore de ceux du secteur agricole en 1996.

6 « Tant qu'il y aura du grain à moudre » André Bergeron – Robert Laffont

7 « La généralisation de la retraite complémentaire à 20 ans » La retraite complémentaire, printemps 1993



1.2 Les caractéristiques propres de la retraite complémentaire

Au-delà des points communs fondamentaux entre régimes de base et complémentaires (régimes légalement obligatoires gérés en répartition...), la construction de cet étage retraite complémentaire a mis en évidence des spécificités qui perdurent.

Des régimes pilotés et gérés par les Partenaires sociaux

Les accords nationaux interprofessionnels ANI qui rythment les évolutions de l'AGIRC et de l'ARRCO sont applicables dès leur signature. Contrairement aux textes concernant l'assurance chômage, leur validité ne dépend pas d'une procédure d'agrément⁸ mais seulement d'une procédure d'extension et d'élargissement qui n'a pour objet que de les rendre opposables aux secteurs qui n'entrent pas dans le champ des organisations patronales signataires.

Les partenaires sociaux pilotent donc en pleine responsabilité les régimes lors des négociations périodiques mais ils les gèrent aussi directement par leur implication dans les conseils d'administration des Fédérations et des institutions de retraite complémentaire, strictement paritaires. Ce lien entre pilotage et gestion qui n'existe pas dans le régime de base (pilotage par le Parlement et gestion par des conseils d'administration tripartites) permet une chaîne de décision courte entre les évolutions du régime et leur mise en œuvre, les gestionnaires ayant un accès direct aux négociateurs pour leur fournir une estimation de l'impact et de la faisabilité des mesures envisagées.

Des régimes contributifs qui ne sont pas accessoires

Alors que le régime de base qui comporte dès l'origine des éléments forts de solidarité a accru son caractère contributif depuis une vingtaine d'années (calcul du SAM passant des 10 aux 25 meilleures années), les régimes complémentaires reposent fondamentalement sur le principe de contributivité : les prestations sont le reflet des cotisations versées pendant l'ensemble de la carrière, même si des éléments non contributifs ont été progressivement intégrés dans l'étage de la retraite complémentaire (majorations familiales, validation des périodes de maladie ou de chômage...).

La retraite complémentaire, compte tenu de sa généralisation et de l'augmentation des taux de cotisations, notamment en ARRCO, est devenue extrêmement significative ; elle représente aujourd'hui 40 % de la retraite des salariés du secteur privé : pour les cadres, les allocations AGIRC et ARRCO constituent même l'essentiel de leur retraite (en moyenne 57 %) alors que pour les non-cadres, la retraite ARRCO en constitue presque un tiers (31%).

Soumis à une contrainte d'équilibre

La gestion sous l'entière responsabilité des Partenaires sociaux de régimes qui ont versé 74,1 milliards d'euros en 2014 a une contrepartie : l'exigence d'équilibrer ces régimes sans avoir recours à un financement public ou à la possibilité de transférer ses dettes.

C'est le défi relevé par les Partenaires sociaux depuis près de 70 ans : si les régimes sont en déficit depuis 5 ans (- 3,1 milliards d'euros fin 2014), ils n'ont jamais contribué dans leur

8 L'accord du 25 avril 1996 instaurant le régime unique ARRCO qui s'est mis en place au 1^{er} janvier 1999 n'a été étendu et élargi que le 30 août 2002.

histoire, à accroître d'un euro la dette publique et ont enregistré encore dans leur bilan l'an dernier un montant de réserves de 62,4 milliards d'euros.

C'est le constat effectué par la Cour des comptes qui, tout en soulignant les « perspectives financières alarmantes des régimes » liées au ralentissement durable de la croissance économique, conclut⁹ : « les partenaires sociaux ont su assumer pleinement depuis leur création leurs responsabilités et, mieux que les pouvoirs publics pour le régime général, définir à chaque période de crise une démarche volontaire, méthodique, rigoureuse et attentive à la juste répartition des efforts entre tous les acteurs ».

Cette construction dont la quasi-totalité des ressources repose sur la masse salariale est en effet fragilisée par le ralentissement de la croissance depuis la fin des trente glorieuses, ce qui a conduit les partenaires sociaux à entreprendre depuis une vingtaine d'années des réformes rapprochées et profondes pour chercher à pérenniser des régimes qui ont été longtemps « dopés à la croissance »¹⁰.

II- Vingt ans de réformes pour renforcer la cohérence de l'étage complémentaire

De 1993 à 2015, ce ne sont pas moins de dix accords qui sont intervenus pour accroître la cohérence de l'étage complémentaire. Deux de ces accords, à vingt ans de différence ont visé à améliorer la lisibilité de l'ensemble en ayant un caractère plus « systémique » (II-1) quand tous ont contenu des mesures « paramétriques » pour maintenir ou rétablir un équilibre affecté par les crises économiques de 1993 et 2008 (II-2).

II-1/ La longue marche vers un régime unifié

Le 25 avril 1996, les Partenaires sociaux instituent, à compter du 1^{er} janvier 1999, un régime unique de retraite complémentaire qui se substitue d'office à l'ensemble des régimes membres de l'ARRCO ; le 30 octobre 2015, ils décident de mettre en place au 1^{er} janvier 2019 un régime unifié de retraite complémentaire qui reprendra l'ensemble des droits et obligations des régimes AGIRC et ARRCO.

De cette longue maturation qui permettra dans trois ans aux salariés du secteur privé d'avoir un seul régime¹¹, plusieurs enseignements peuvent être tirés pour nourrir la réflexion de ceux qui préconisent d'aller beaucoup plus loin en instaurant un seul régime de retraite pour l'ensemble des français.

Le passage au régime unique ARRCO a été une construction progressive qui s'est étalée sur 38 ans

Conçue à l'origine pour permettre la coexistence d'un grand nombre de régimes disparates, l'ARRCO a progressivement organisé la convergence de ces régimes.

La mission de compensation entre ces régimes qui ne reposait pas uniquement sur une compensation démographique mais visait à égaliser les rapports de charge¹² des différents régimes autour du

9 « Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO) » rapport public thématique p.113, Cour des comptes, décembre 2014.

10 Sur la sensibilité du système de retraite français à la croissance, se reporter aux nombreux articles de Didier Blanchet qui se retrouvent sur son site www.didierblanchet.fr

11 En 2019, dans le cadre actuel, il restera en dehors de l'AGIRC et de l'ARRCO quelques régimes complémentaires, principalement l'IRCANTEC mais aussi la CRPCEN, la CRPN qui, au total, représentent en montant de cotisations, 4 % de l'ensemble des régimes de retraite complémentaires de salariés.

12 Rapport de charge : allocations/ressources totales-prélèvements pour gestion et action sociale.



rapport de charge d'un régime unique « virtuel » a conduit à trier dans les avantages non contributifs, pour ne retenir dans le calcul de compensation que ceux qui étaient considérés comme légitimes et supportables dans une communauté de régimes financièrement solidaires. De ce fait, les charges de certains avantages accordés dans les périodes de croissance forte (primes de fidélité, majorations pour enfants à charge, reconnaissance du concubinage pour la réversion...) par plusieurs régimes ne rentraient pas dans le champ de la compensation et devaient être financées par les réserves propres desdits régimes.

De la même manière, le rendement¹³ des différents régimes a été de plus en plus encadré autour d'un rendement de référence et les régimes qui pratiquaient des sur rendements devaient également les financer avec leurs réserves propres. L'évaporation de ces réserves au fil du temps a fait des dirigeants de régimes très « autonomistes » les avocats les plus zélés du régime unique ARRCO...

La technique du point a permis de faire entrer les régimes en « résonance »

Dans le débat actuel sur l'unification de tous les régimes de retraite, il y a une sorte de consensus sur le fait que le « régime unique » devrait être un régime en points. Le Conseil d'orientation des retraites COR a consacré un rapport spécifique à ce sujet¹⁴ sans que soit démontré l'avantage décisif de cette technique dans le pilotage d'un régime de retraite par rapport aux régimes en annuités.

L'expérience de l'ARRCO montre toutefois que les régimes en points dans lesquels l'unité de compte est l'euro (quand l'unité de compte d'un régime en annuités est le trimestre) permettent une lisibilité plus grande sur le montant futur de sa retraite¹⁵ mais surtout d'établir plus facilement une solidarité financière équitable et techniquement solide pour faire converger des régimes à l'origine très disparates. De la même manière le fait que les deux régimes étaient en points a fondé le mécanisme de solidarité financière entre l'ARRCO et l'AGIRC mis en place en 1996.

Le passage au régime unifié AGIRC-ARRCO en 2019 reflète l'évolution profonde de la société depuis 1945

Créé pour les raisons rappelées ci-dessus, le régime AGIRC correspondait à un besoin réel des ingénieurs et cadres pour lesquels l'instauration de la sécurité sociale n'apportait pas une réponse suffisante.

À la fin des « trente glorieuses » et alors que la retraite complémentaire a été généralisée pour les non-cadres, le taux d'encadrement ne cesse d'augmenter pour dépasser 20 % de la population active. Cette situation résulte notamment de promotions internes qui permettent à des salariés et agents de maîtrise d'accéder au statut de cadre. Techniquement, ces personnes ont cotisé à l'ARRCO pendant une période importante de leur carrière et y ont acquis des droits alors que cette population de plus en plus nombreuse va continuer sa carrière en cotisant à l'AGIRC et fragiliser de ce fait l'assiette de l'ARRCO. Les Partenaires sociaux ont alors décidé d'accrocher les deux régimes en demandant aux cadres de cotiser non seulement à l'AGIRC mais aussi pour la partie de

13 Le rendement d'un régime en point qui mesure la « générosité » du régime rapporte la valeur de service du point au salaire de référence (prix d'achat du point). Un rendement de 6 % signifie que pour un euro de cotisation, la retraite servie annuellement sera de 6 centimes.

14 7^{ème} rapport du COR « Retraites : annuités, points ou comptes notionnels » janvier 2010

15 En supposant que la valeur du point ne baisse pas, ce qui n'est pas garanti dans les régimes AGIRC et ARRCO

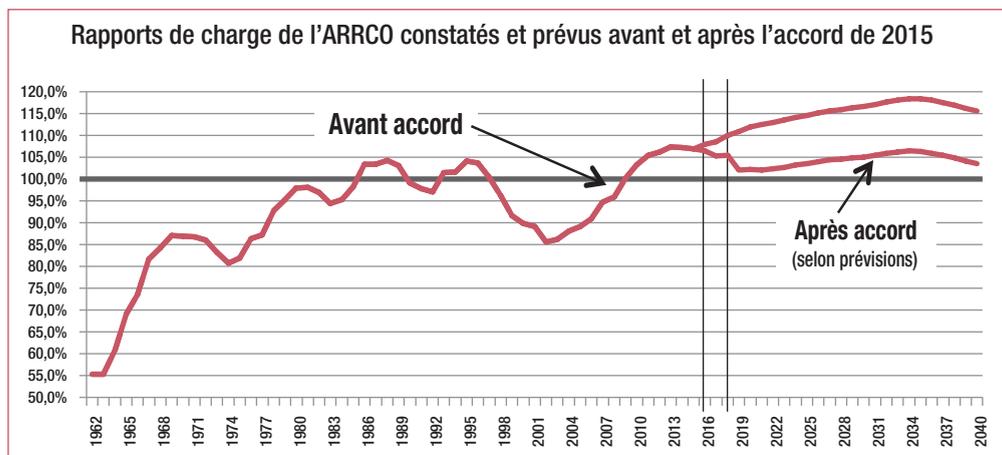
leur salaire inférieure au plafond de la sécurité sociale à l'ARRCO qui devient le régime de retraite complémentaire de l'ensemble des salariés du secteur privé.

Dès lors, la fin de l'histoire était écrite et pendant les 40 ans qui ont suivi, les Partenaires sociaux n'ont cessé de rapprocher les réglementations et les rendements. Entre temps, ils ont en 1996 prévu une solidarité financière entre l'ARRCO et l'AGIRC, la « frontière » entre les deux régimes, constituée par un plafond de la sécurité sociale qui a évolué de manière plus dynamique que le salaire des cadres fragilisant en sens inverse l'assiette de l'AGIRC. C'est ainsi qu'en 2014, 25 % des cadres avaient un salaire inférieur au plafond de la sécurité sociale.

Cette réforme « silencieuse » qui aura conduit au passage de plus de 500 régimes à la fin des trente glorieuses à un seul, permet de gagner en équité (en partant de régimes disparates, unification des droits et des prestations), en lisibilité et en diminution des coûts de gestion. Sur ce dernier point, après une période d'investissements importants avec un programme ambitieux de réduction du nombre d'organismes gestionnaires et de convergence informatique, les Partenaires sociaux ont fixé l'objectif de « retour sur investissement » en décidant que les coûts de gestion devront diminuer de 30 % entre 2012 et 2022. En revanche, une telle évolution de caractère « systémique » ne permet pas de faire l'économie d'un pilotage « paramétrique » permanent.

II.2/ Le pilotage paramétrique permanent

Le graphique ci-dessous montre bien (pour l'ARRCO ; le constat serait le même pour l'AGIRC) qu'après une croissance rapide lors de la mise en place de régimes qui, dans un système en répartition, permettent dès leur mise en œuvre de verser des retraites décentes à des personnes qui ont peu cotisé, les rapports de charge ont été en permanence pilotés par les Partenaires sociaux pour tenir compte des évolutions démographiques et économiques.



Ce pilotage a essentiellement utilisé deux des trois leviers « paramétriques » qui permettent d'équilibrer dans le temps un régime de retraite et si l'on se concentre sur les 20 dernières années, ce pilotage a été particulièrement rigoureux et efficace :

- ▼ Le levier des ressources a été fortement mobilisé pendant les années 90 et c'est ainsi par exemple que le taux minimum de cotisation ARRCO sous le plafond de la sécurité sociale qui était de 5 % jusqu'en 1995 est de 7,75 % en 2015.



- ▼ La maîtrise des charges se retrouve dans la baisse des rendements des régimes qui entre 1993 et 2008 sont passés de 8,87 % à 6,67 % en ARRCO (- 25 %) et de 10,21 % à 6,78 % pour l'AGIRC (- 33 %). Ces rendements sont aujourd'hui identiques pour les deux régimes à 6,56 %.

Les résultats de ce pilotage entre 1993 et 2007 sont tangibles : 193 milliards d'euros ont résulté des efforts de redressement entre 1994 et 2010, 11 années consécutives d'excédents techniques ont été constatées entre 1998 et 2008 et les réserves qui, sans les réformes des années 90 auraient été épuisées avant l'an 2000, s'élèvent encore à plus de 60 milliards d'euros.

La crise économique qui perdure depuis 2008 a toutefois contraint les Partenaires sociaux à reprendre depuis 2010 un rythme de négociations resserré avec les accords de 2011, 2013 et du 30 octobre 2015. Sans ces accords et notamment le dernier, les réserves auraient été épuisées en 2023 pour l'ensemble des deux régimes et dès 2018 pour la seule AGIRC. Les mesures prises récemment ne rétablissent pas totalement l'équilibre mais rendent l'avenir possible, le déficit technique prévu avant accord à 8,4 milliards d'euros en 2020 devrait être ramené à 2,3 milliards d'euros et l'horizon de consommation des réserves repoussé de plus de dix ans.

Il reste que dans cette dernière négociation, l'utilisation du troisième levier de pilotage, l'âge/durée, a relancé les réflexions sur la nécessaire articulation de l'étage retraite complémentaire avec le régime de base.

III- La nécessaire cohérence d'ensemble suppose d'améliorer les circulations entre les deux étages

Les régimes AGIRC et ARRCO se sont construits en complément des régimes de base¹⁶. Les réformes ont longtemps été menées dans les deux étages de manière relativement indépendante alors même que toute réforme dans un étage peut avoir des conséquences sur l'autre. Depuis une quinzaine d'années, l'exigence d'une cohérence d'ensemble du dispositif de retraite se renforce, tant pour répondre à une demande des salariés de lisibilité et de simplification accrues (III-1) qu'aux nécessités d'un pilotage des finances publiques plus contraint (III-2).

III.1/ La cohérence du point de vue du salarié

La coexistence de deux étages pour les salariés du secteur privé, qui permet d'augmenter de 66% en moyenne le niveau des retraites par rapport aux seules prestations des régimes de base, peut également être perçue comme une source de complexité quand il s'agit de répondre aux trois questions essentielles qui se posent : quand pourrai-je partir à la retraite, combien toucherai-je et quels sont les éléments qui me permettent d'être, de la manière la plus simple possible, l'acteur de ma retraite ? Sur ces trois points, les coordinations entre les deux étages se sont beaucoup renforcées depuis une dizaine d'années et devront le faire encore à l'avenir.

¹⁶ Le présent article ne traite pas des réformes considérables qui ont adapté aux contraintes démographiques et économiques les régimes de base depuis la loi de 1993 ni des travaux de rapprochement entre les régimes « alignés » qui connaissent une accélération avec la loi de 2014 (liquidation unique...).

L'articulation âge/durée

Dans le régime de base, la frontière entre la période de versement des cotisations et celle de perception des allocations est fixée par la loi, à 65 ans lors de la création de la sécurité sociale, cet âge ayant été relevé à 67 ans avec la réforme de 2010. Entre temps, une zone a été définie avec la fixation en 1982 d'un nouvel âge de 60 ans (aujourd'hui revenu à 62 ans) permettant également de bénéficier de la retraite de base sans décote, dès lors que le salarié peut justifier d'une durée de cotisation qui de 37,5 ans en 1982 a été progressivement relevée au fil des réformes jusqu'à 43 ans pour les salariés de la génération 1973.

La durée de cotisation n'est pas en soi un paramètre pertinent pour un régime en points qui nécessite seulement la fixation d'un âge pivot, s'apparentant à l'âge d'équilibre du régime, à partir duquel les points acquis peuvent être versés sans coefficient d'abattement. Cet âge, fixé à l'origine à 65 ans, a été remonté à 67 ans en 2010, en cohérence avec la réforme du régime de base. Il reste qu'en 1982, les régimes AGIRC et ARRCO étant complémentaires au régime de base, les Partenaires sociaux, tout en conservant l'âge de 65 ans, ont admis que les points seraient versés sans abattement dès lors que le salarié pouvait bénéficier de la retraite de base au taux plein. Cette décision entraînant des charges supplémentaires pour les régimes complémentaires, ils ont mis en place un dispositif spécifique qui rembourse aux régimes le surcote supplémentaire résultant du versement des points avant 65 ans¹⁷.

Si seuls les Pouvoirs publics peuvent fixer l'âge légal de la retraite, les Partenaires sociaux sont aussi légitimes à utiliser le levier âge/durée qui est sans doute aujourd'hui le plus adapté pour faire face aux évolutions démographiques et économiques. Depuis 1982, les réformes du régime de base ont eu des effets « ricochets » importants sur les régimes complémentaires. Dans l'autre sens, le dernier accord AGIRC-ARRCO, en instaurant un coefficient de solidarité ou une majoration pour donner aux salariés des éléments de « retraite à la carte » aura inévitablement des conséquences sur le régime de base.

Cette situation milite pour une concertation plus organisée des responsables des deux étages lors des réformes à venir, mais elle suppose également de renforcer les outils d'aide à la décision pour que les salariés utilisent en toute connaissance de cause les degrés de liberté qui leur ont été accordés par les réformes récentes.

Le montant des retraites et le maintien de leur pouvoir d'achat

Si les régimes complémentaires permettent par l'accumulation progressive des points d'avoir au fil de la carrière une appréciation précise du montant futur de la retraite (avec les valeurs du point du moment), ce que n'autorise pas un régime en annuités, les règles d'indexation des pensions qui constituent des leviers de pilotage des charges évoluent aujourd'hui de manière autonome dans les deux étages.

Depuis la fin des « trente glorieuses » pendant lesquelles les pensions évoluaient généralement comme les salaires, l'objectif de revalorisation vise aujourd'hui plutôt à garantir le pouvoir d'achat des pensions. Mais si ce principe est fixé par la loi pour le régime de base, les Partenaires sociaux confrontés au déficit des régimes AGIRC et ARRCO, ont décidé dans les derniers accords, de revaloriser les retraites comme les prix moins 1 point pendant une période de cinq ans et, de ce fait, la visibilité pour le retraité (actuel et futur) sur le niveau des montants de retraite qu'il percevra devient plus floue.

En outre, si les responsables des régimes souhaitent exonérer des efforts de rééquilibrage les plus importants les retraités percevant des « petites pensions », il est indispensable pour des raisons

¹⁷ L'ASF, association pour la structure financière, créée en 1983 a été transformée en 2001 en AGFF, association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO.



d'équité de raisonner, toutes pensions réunies, ce qui impose également de développer des dispositifs pour mettre en commun les informations gérées par les différents régimes de retraite.

La simplification et l'amélioration de la lisibilité

Le droit à l'information, instauré par la loi de 2003, a permis de progresser très significativement pour fournir à chaque actif des informations précises sur sa situation au regard des régimes dont il a relevé et le champ de ce nouveau droit concerne l'ensemble des 35 régimes de retraite, privés ou publics : c'est ainsi que chacun peut au fil de sa carrière consulter en ligne son relevé de situation individuelle RIS, et à partir de 55 ans recevoir une estimation indicative globale EIG du montant de sa retraite et des informations lui permettant de choisir la date à partir de laquelle il pourra en bénéficier. Dans ce domaine, la mise en œuvre dans les prochaines années du « RGCU, répertoire de gestion des carrières unique », devrait constituer le socle du « compte unique de retraite » et permettre à la fois d'améliorer l'information fournie et de constituer un outil de productivité pour les différents régimes.

Au moment du passage à la retraite, les démarches ont déjà été normées au sein de chacun des étages et seront encore simplifiées dans un avenir proche (liquidation unique dans l'étage sécurité sociale pour les régimes alignés en 2017) et processus harmonisé pour les régimes complémentaires en s'appuyant sur les CICAS (centres d'information de conseil et d'accueil des salariés) répartis sur l'ensemble du territoire. En outre, un accord de « signalement croisé » a permis de coordonner entre les deux étages les démarches du salarié.

S'agissant du retraité, il est envisageable de ne lui demander qu'une fois des informations (contrôle de persistance des droits...) qui sont utiles à chacun des régimes pour remplir leur mission comme sont d'ores et déjà coordonnées les démarches entre les différents régimes pour déterminer le taux de CSG applicable aux retraites d'une personne donnée.

Toutes ces évolutions pour simplifier les démarches et améliorer la lisibilité du système peuvent être renforcées : le GIP-Union retraite, créé par la loi de 2014 et auquel adhèrent l'ensemble des régimes a pour objet de coordonner leurs efforts.

III-2/ La cohérence du pilotage global

La nécessité de renforcer la cohérence du système de retraite dans son ensemble s'est traduite par la mise en place de nouveaux dispositifs qui n'ont pas encore trouvé leur vitesse de croisière.

La loi de janvier 2014 a créé une structure, le comité de suivi des retraites, qui a la possibilité de faire des recommandations pour respecter les objectifs que la loi a assignés au système de retraite. Pour ne prendre qu'un exemple, ces recommandations peuvent porter sur des évolutions du taux global de cotisation aux régimes de retraite obligatoire, dans la limite d'un maximum de 28 %. Or, dans un contexte de concurrence entre régimes sur les taux de cotisation, ce dispositif peut s'avérer vain s'il ne s'accompagne pas d'une concertation formalisée entre Pouvoirs publics et Partenaires sociaux en amont des décisions qu'ils sont amenés à prendre dans leur champ de responsabilité.

Si on élargit la réflexion à l'ensemble des finances publiques, les régimes complémentaires qui ne rentrent pas, stricto sensu dans le champ de la sécurité sociale, relèvent de la loi de décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

Cette loi prévoit que les lois de programmation des finances publiques déterminent un objectif de moyen terme, sur un horizon d'au moins trois ans ainsi que les trajectoires des soldes structurels et effectifs destinés à converger vers cet objectif ; les soldes effectifs sont décomposés par sous-secteurs des administrations publiques et à cet égard, l'AGIRC et l'ARRCO sont considérées comme des « ASSO, administrations de sécurité sociale ». C'est ainsi que le programme de stabilité 2014-2017 a incorporé un effort d'économies des régimes complémentaires de 2 milliards d'euros sans aucune concertation avec les Partenaires sociaux.

À l'avenir, cette concertation devrait être organisée en progressant dans différentes directions :

- ▼ Les scénarii macro-économiques qui servent aux différents exercices de programmation des finances publiques, aux travaux du COR ou encore aux négociations des partenaires sociaux ne sont pas aujourd'hui partagés et devraient être mieux coordonnés,
- ▼ Les calendriers de prévision à court, moyen et long terme pourraient être mieux articulés...

Si beaucoup de progrès peuvent être faits pour améliorer les dispositifs de pilotage des régimes de retraite en tenant compte d'une cohérence d'ensemble, la limite réside dans la compréhension et le respect des responsabilités de chacun : à cet égard, l'idée qui est parfois émise d'inclure les régimes complémentaires dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale aurait inmanquablement comme conséquence le transfert de la responsabilité de l'équilibre de ces régimes des Partenaires sociaux aux Pouvoirs publics.

Conclusion

Dans l'hypothèse d'une croissance économique durablement ralentie, une nouvelle réforme du dispositif de retraite reviendra vraisemblablement à l'agenda social à partir de 2017. Dans ce cas, le problème de l'architecture du dispositif de retraite entrerait inéluctablement dans le champ des sujets abordés.

La coexistence des deux étages et les travaux considérables qui ont été entrepris depuis 20 ans dans chacun des étages mais aussi dans la coordination entre les deux niveaux devraient être une source d'inspiration et de réflexion pour tous les « architectes », Pouvoirs publics et Partenaires sociaux, qui auront à mettre en œuvre une telle réforme.

En ce qui concerne l'objectif de soutenabilité, une réforme « systémique », surtout si elle est réduite à une approche « organisationnelle » ne permet en aucun cas de faire l'économie d'un pilotage « paramétrique » permanent.

S'agissant de l'équité, elle ne serait pas sensiblement améliorée par une réforme systémique se cantonnant à la fusion du régime de base et de l'étage complémentaire du seul secteur privé, tout au plus peut-on progresser en concentrant davantage les éléments de solidarité dans le régime de base et en renforçant le caractère contributif des régimes complémentaires.

Il ne s'agit pas pour autant de prétendre que dans cette construction à deux étages dans lesquels des investissements considérables ont été et sont effectués pour assurer la cohérence de chacun des niveaux, on ne peut pas progresser pour améliorer la lisibilité du dispositif et réduire les coûts



de gestion. Mais avant d'imaginer une grande réforme d'architecture, il est important de considérer que les travaux entrepris ces dix dernières années ne sont pas encore amortis et que les coûts de transition seraient considérables.

Un régime de retraite a « de la mémoire » : par rapport aux autres risques de la protection sociale, la retraite est celui qui correspond aux engagements les plus longs et il est impossible de partir d'une feuille blanche ; le plus difficile dans une réforme « systémique » n'est sans doute pas d'imaginer le régime de demain mais de savoir y incorporer les informations relatives aux 18 millions d'actifs et 12 millions de retraités qui relèvent du dispositif de retraite du secteur privé.

L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS.

Par **Raphaëlle VERNIOLLE**, *Directrice adjointe du Fonds de financement de la CMU*



Raphaëlle VERNIOLLE est directrice adjointe du Fonds de financement de la CMU depuis 2010. Juriste de formation, elle a débuté son parcours professionnel au sein de la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, avant de rejoindre la CNAMTS en 2004.

Introduction

La couverture complémentaire, comme son nom l'indique, joue principalement un rôle de co-payeur en prenant en charge la partie de la dépense de soins et de biens médicaux non remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Elle permet donc de réduire les restes à charge des assurés. En effet, comme l'a très bien décrit Monsieur Jean-François Chadelat dans son article, la solidarité entre les bien-portants et les malades ne s'est jamais traduite par la gratuité des soins. La mise en œuvre de cette solidarité n'est donc pas incompatible avec un certain niveau de frais, tant que ce reste-à-charge n'est pas à l'origine d'un renoncement à des soins nécessaires. C'est pourquoi notre système de solidarité est complété, depuis l'origine, par une mutualisation assurantielle aux règles de financement et de prises en charge distinctes. Cette assurance est souscrite individuellement ou collectivement auprès d'organismes complémentaires et propose des garanties variables selon les besoins ou les contraintes financières de chacun.

Neuf personnes sur dix disposent aujourd'hui d'une couverture maladie complémentaire contre sept sur dix en 1981. Les plus pauvres restent moins couverts, ce qui n'est pas sans lien avec le recours aux soins puisque les individus non couverts sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois. La loi du 27 juillet 1999 a instauré un dispositif public de couverture santé gratuite sous condition de ressources : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) destinée aux foyers à très bas revenus. La CMU-C a contribué à hauteur de cinq points à l'augmentation de la part de la population couverte par une complémentaire santé entre 1999 et 2000 et procure des prestations de très bonne qualité, ainsi que d'autres avantages destinés à faciliter l'accès aux soins (respect des tarifs opposables, dispense totale d'avance des frais). La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a instauré une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les ménages disposant de faibles ressources et qui ne peuvent être bénéficiaires ni de la CMU-C, ni d'une protection obligatoire d'entreprise.

La CMU-C et l'ACS devaient en principe assurer une couverture à l'ensemble de la population ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé. La réalité est plus complexe et ces dispositifs souffrent d'un non recours important (un tiers des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et plus des deux tiers



des bénéficiaires potentiels de l'ACS n'y recourent pas en 2014). Au total, ce sont plus de trois millions de personnes qui n'auraient pas fait valoir leurs droits aux dispositifs. La généralisation de la complémentaire santé se trouve ainsi au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée par le gouvernement le 23 septembre 2013, à côté de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

Les Comptes nationaux de la santé 2014

Les Comptes nationaux de la santé produits chaque année par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), donnent une évaluation du montant total des soins et des biens médicaux consommés en France et permettent ainsi l'analyse de leur évolution.

Les organismes complémentaires (OC) financent environ 13,5 % de la consommation de soins en 2014, soit 25,7 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux. Leur intervention est particulièrement importante en matière de soins délivrés en ville et de produits de santé : 10,8 milliards d'euros concernent les soins ambulatoires (dont 4,0 milliards d'euros sur les honoraires de médecins et 4,1 milliards d'euros sur les soins dentaires), 6,6 milliards d'euros les médicaments et 5,4 milliards d'euros les autres biens médicaux de la liste des produits et prestations, ce dernier poste étant celui où les OC interviennent proportionnellement le plus et connaissant la progression la plus vive.

La part des mutuelles, institutions de prévoyance et des sociétés d'assurances dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmente de 0,7 point entre 2006 et 2014. Néanmoins, la répartition par type d'organisme se modifie. La part des mutuelles se réduit de 7,7 % en 2006 à 7,2 % en 2014. À l'inverse, les autres OC voient leur part augmenter : les sociétés d'assurance passent de 2,9 % en 2006 à 3,7 % en 2014 et les institutions de prévoyance de 2,3 % en 2006 à 2,7 % en 2014.

Jusqu'à la création des contrats solidaires et responsables, et la multiplication des participations forfaitaires non remboursables par l'assurance complémentaire, les mesures d'économie des régimes obligatoires avaient pour conséquence quasiment mécanique d'être prises en charge par la couverture complémentaire en laissant un reste à charge pour les assurés. Le reste-à-charge des ménages est évalué à 16,2 milliards d'euros pour l'année 2014, soit 8,5 % de la CSBM. Il a légèrement progressé entre 2006 et 2008, où il atteignait 9,3 % de la CSBM. Il diminue depuis, et s'est notamment établi à 8,9 % en 2012, 8,7 % en 2013 et atteint 8,5 % en 2014.

En écho à ces chiffres, six Français sur dix jugent trop élevées les dépenses de soins restant à leur charge. Ce sentiment se révèle d'autant plus fort chez les sondés à la santé fragile ou sans complémentaire santé, ou disposant de faibles ressources (Baromètre d'opinion, janvier 2016, DREES).

Une absence de complémentaire santé qui concerne d'abord les populations vulnérables

Selon l'Enquête santé et protection sociale 2012, 89 % des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé privé (avec ou non le bénéfice de l'ACS) et 6 % de la CMU-C. Si la

couverture complémentaire santé s'est largement diffusée dans l'ensemble de la population, elle reste fortement corrélée au niveau de vie. Les plus pauvres restent les moins bien couverts. Or, malgré le rôle prépondérant de l'Assurance maladie obligatoire dans le financement des dépenses de santé (76,6 % en moyenne en 2014), l'accès aux soins est largement dépendant de la possession d'un contrat de couverture complémentaire santé et de sa qualité.

En 2012, 14 % des chômeurs ne disposent pas de complémentaire santé ainsi que 11 % des personnes dans le 1^{er} quintile de revenu. Parmi les bénéficiaires des minima sociaux, 11 % déclarent ne pas être couverts par une complémentaire santé alors que 42 % des allocataires sont couverts par une complémentaire santé hors CMU-C et 47 % ont la CMU-C.

L'accès à une couverture complémentaire santé n'est pas également réparti entre les différents minima sociaux. Les bénéficiaires du RSA sont en grande majorité couverts par une complémentaire santé, tandis que plus d'un bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA ou ASV) sur cinq se déclare sans couverture complémentaire santé.

S'agissant de la situation des étudiants, les résultats d'une étude réalisée en 2014 par l'ODENORE (l'Observatoire du non-recours aux droits et services) à la demande du Fonds CMU-C, indiquent que 15,3 % des étudiants n'ont pas de complémentaire santé. Parmi ceux-ci, 22,1 % pourraient probablement bénéficier de la CMU-C comme ouvrants-droit, dans la mesure où ils semblent remplir l'ensemble des conditions d'éligibilité. Plus de la moitié des étudiants éligibles à la CMU-C sont sans complémentaire santé au moment de l'enquête (53,8 %) et plus du tiers en ont une à titre personnel (34,5 %).

La présentation générale des dispositifs

La couverture complémentaire a été étendue avec la mise en place, en 2000, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis, en 2005, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des ressources légèrement supérieures au plafond de ressources de la CMU-C (aujourd'hui, jusqu'à 35 % supérieurs).

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 27 juillet 1999, le plafond de ressources de la CMU-C a été fixé à 50 % du revenu médian, soit le seuil de pauvreté défini par l'INSEE. La conséquence qui en découlait était que les bénéficiaires de certains minima sociaux et en particulier, les personnes percevant le minimum vieillesse, se trouvaient exclues de la CMU-C de fait et de droit. Ainsi concrètement, la CMU-C n'est que rarement attribuée à des personnes âgées. Il en est de même pour les personnes qui perçoivent l'AAH.

Trouver une réponse à la question de l'effet de seuil, n'était pas chose aisée. La réponse, ou tout au moins un bon début de réponse fut apporté par la loi du 13 août 2004. Celle-ci créa le bien mal nommé « *crédit d'impôt* » rebaptisé aujourd'hui en « *aide au paiement d'une complémentaire santé* ». L'ACS ne supprime pas l'effet de seuil, mais elle atténue sensiblement ses effets. Très fréquemment, l'ACS est octroyée à des personnes venues réclamer le bénéfice de la CMU-C, mais qui se la voient refuser pour avoir franchi le plafond de ressources.

La CMU-C : la couverture maladie universelle complémentaire

La loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle, a mis en œuvre la CMU-C, qui offre à ses bénéficiaires une assurance complémentaire santé gratuite. La CMU-C permet la prise en charge de la part complémentaire des frais de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens



médicaux...) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais. De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient. Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales.

L'attribution de la CMU C est soumise à plusieurs conditions : résider en France de manière stable et régulière et disposer de ressources inférieures à un plafond¹. Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 653 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (DOM) depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 9 631 € pour une personne seule². Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte.

La CMU-C est gérée soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé qui s'est inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire³. À l'expiration de leurs droits, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € hors taxes par an en 2016, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU-C, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins⁴.

Le bénéfice de la CMU-C peut ouvrir droit aux tarifs sociaux⁵ de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

Selon les derniers éléments communiqués par la DREES, la population éligible à la CMU-C en 2014 se situe dans une fourchette allant de 5,8 à 7 millions de personnes. Le taux de recours augmente légèrement : il se situe entre 64 % et 77 % en 2014, alors qu'il était compris entre 62 % et 74 % en 2013.

À fin décembre 2015, les effectifs de la CMU-C sont estimés à près de 5,4 millions de bénéficiaires, pour l'ensemble des régimes et du territoire. La progression est de 3,5 % sur un an, dont 4,1 % en métropole et une baisse de 0,3 % dans les DOM. L'ensemble des régimes est en progression en 2015, mais le nombre de bénéficiaires dont les droits sont gérés par les OC, est en baisse de 5,6 %.

Le régime général compte 90 % des effectifs de la CMU-C, le régime des indépendants 6 %, le régime agricole 2,5 % et les sections locales mutualistes (SLM) un peu plus de 1 %. La répartition entre les régimes est stable.

1 Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

2 Les dispositifs de la CMU-C et ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

3 Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

4 Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1999. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

5 Décret n°2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité et Décret 2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité come produit de première nécessité.

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent 8 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), dont 7 % en métropole et 32 % dans les DOM. Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-Est et la région parisienne. Les départements de la Bretagne, du Massif central et de l'Est présentent les plus faibles taux. Dans les DOM, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 24 % pour la Martinique et 38 % pour la Guyane.

La dépense totale pour la part CMU-C en 2015 est estimée à 2 183 millions d'euros, elle augmente de 3,9 % en un an. Elle progresse un peu moins vite que les effectifs moyens (4,4 %). On constate donc une légère baisse du coût moyen de 0,4 %, pour l'ensemble de la part CMU-C, gérée par les régimes et les OC.

La dépense totale du régime général (métropole et Dom) est de 1 795 millions d'euros (+ 5 % par rapport à 2014) et les effectifs moyens de 4,2 millions (CNAMTS + SLM, progression de 5,7 %). Le coût moyen de 424 € est en baisse de 0,7 %. Il tend à se stabiliser en 2015, du moins pour la dépense de ville.

La dépense totale du régime des indépendants est de 89 millions d'euros (évolution de + 9,4 %) et les effectifs moyens sont estimés à 271 600 (+ 7,8 %), soit un coût moyen de 327 €, en hausse de 1,5 %.

Au sein du régime agricole, la dépense totale pour 2015 est de 38 millions d'euros (évolution de + 10 %) et les effectifs moyens sont estimés à 107 700 (+ 12,2 %), pour un coût moyen de 352 €, en baisse de 1,9 %.

Pour les OC, le coût moyen pour 2015 est estimé à 376 €.

L'ACS : l'aide au paiement d'une complémentaire santé

L'ACS consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé. Instituée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et visant à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire, l'ACS est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Plus de dix ans plus tard, ce dispositif a connu de nombreuses évolutions qui en font aujourd'hui un outil majeur pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Pour accéder à l'ACS, les ressources du demandeur doivent être comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et ce même plafond majoré. Initialement, le plafond d'attribution de l'ACS se situait à + 15 % du plafond de la CMU-C. Aujourd'hui, cette majoration est de + 35 %.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, en application de l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Actuellement, onze groupements d'organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l'ACS (représentant les deux tiers des OC).

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus.

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Cette aide réduit en moyenne de moitié et dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle⁶.

⁶ Article L.863-1 du code de la sécurité sociale.



Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir plusieurs conditions : résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la CMU-C ; avoir des ressources inférieures à un plafond (correspondant au plafond CMU-C majoré de 35 %) variant en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 682 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les Dom depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 13 002 € pour une personne seule. Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le droit à l'ACS est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse⁷.

Selon les dernières données disponibles de la DREES, le nombre de personnes éligibles à ce dispositif varie entre 3,2 et 4,6 millions de personnes en 2014. Il convient de retirer une proportion de 21 % à ces bornes, pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit des fourchettes corrigées de 2,5 à 3,6 millions pour 2014 (2,4 à 3,4 millions en 2013). En 2014, le taux de recours à l'ACS s'établit entre 30 % et 43 %.

Au 31 décembre 2015, 1,35 millions de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS, soit une évolution de + 12,6 % par rapport à 2014 (+ 3,9 % entre 2013 et 2014). En métropole, au régime général, les bénéficiaires de l'ACS représentent 1,8 % de la population et ils atteignent 4,8 % dans les DOM. Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre.

À fin octobre 2015, 983 000 personnes ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un OC. Ce chiffre est en hausse de 4 % en une année. Le taux d'utilisation se situe un peu en dessous de 80 %.

Le coût global de l'ACS en 2015 s'est élevé à 287 millions d'euros (275 millions d'euros en 2014). Il est en hausse de 4,4 %. Le montant moyen annuel de la déduction ACS s'établit à 309 € en 2015.

L'impact de la revalorisation du plafond de ressources pour la CMU-C et l'ACS

En application de la mesure annoncée dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés de 8,3 % (dont 7 % de revalorisation exceptionnelle) à compter du 1^{er} juillet 2013, dans le but de faciliter l'accès aux droits et aux soins pour les personnes les plus démunies.

Grâce à cette mesure, le plafond de l'ACS se situe presque au même niveau que le seuil de pauvreté (seuil de pauvreté estimé par l'INSEE pour 2011 à 60 % du revenu

⁷ Article L.863-3 du code de la sécurité sociale

médian, pour une personne en métropole) et le plafond de la CMU-C a été remplacé à 73,3 %, soit au même niveau qu'en 2000. En effet, ce mode de revalorisation du plafond, indexé sur les prix, avait provoqué une lente érosion par rapport au seuil de pauvreté.

Le plein effet de la mesure était attendu pour la fin 2014 pour la CMU-C, avec 300 000 attributions et pour la fin du premier semestre 2016 pour l'ACS, avec 370 000 attestations, soit 300 000 utilisations d'attestation. Fin 2014, l'objectif pour la CMU-C était légèrement dépassé, avec plus de 309 000 attributions⁸ cumulées depuis le mois de juillet 2013.

Pour l'ACS, l'objectif des 370 000 délivrances d'attestation et de 300 000 utilisations, fixé pour la fin du premier semestre 2016, a été atteint dès le mois de juillet 2015. Le total d'attestations depuis le début de la mesure est de presque 479 000, soit 383 000 utilisations d'attestation.

La mesure de revalorisation des plafonds est arrivée en fin de montée en charge pour les deux prestations CMU-C et ACS, mais elle continue d'influencer l'évolution des effectifs des deux prestations. En 2015, pour le total des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), 4,9 % des attributions de CMU-C et 16,6 % des attributions de l'ACS concernent des personnes dont les revenus se situent dans les tranches de revenus se rapportant au relèvement exceptionnel du plafond.

L'état de santé et la consommation des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

La CNAMTS, dans son rapport « *Charges et produits 2016* » (Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 – Juillet 2015) a apporté des éléments sur l'état de santé et la dépense remboursable des bénéficiaires de la CMU-C. La prévalence des maladies chroniques, telle qu'on peut la repérer à partir de la cartographie des pathologies, est comparée entre les bénéficiaires de la CMU-C et la population générale. La comparaison porte sur l'année 2012. Elle est centrée sur les personnes de moins de 60 ans, car les plus âgés sont très peu nombreux parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Les 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C⁹ (9,7 %) sont comparés au reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes, hors ACS.

L'analyse des pathologies traitées montre que la fréquence des pathologies chroniques est plus élevée dans la population des bénéficiaires de la CMU-C que dans la population générale (hors ACS). À structure démographique identique, la fréquence des maladies psychiatriques (52,9 / 1 000) est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général, celle du diabète (42,4 / 1 000) l'est 2,2 fois et celle des maladies du foie ou du pancréas (15,2 / 1 000) 2,9 fois. Bien que la fréquence du VIH ou Sida soit plus faible (4,9 / 1 000), elle est 2,5 fois plus élevée que pour la population du régime général.

Sur la base des dépenses remboursables, d'une manière cohérente avec le constat des prévalences de pathologies supérieures à la moyenne, le montant moyen par consommant est supérieur pour les bénéficiaires de la CMU-C, aussi bien pour la ville que pour l'hôpital. Pour la ville, il est de 993 €, 1,4 fois supérieur à celui du régime général (729 €) et pour l'hôpital, il est de 3 055 €, soit 1,7 fois de plus qu'au régime général (1 746 €).

8 Une attribution peut être soit une primo-attribution (la personne ne bénéficiait pas de la prestation avant la décision d'attribution) soit un renouvellement (la personne bénéficie déjà de la même prestation au jour de la décision d'attribution).

Il n'y a renouvellement qu'à partir du moment où il y a continuité dans le bénéfice de la prestation. S'il y a eu une interruption dans le bénéfice de la prestation, il s'agit d'une nouvelle attribution.

9 Les personnes ayant eu des droits à la fois au titre de la CMU C et de l'ACS au cours de l'année ont été exclues de l'étude.



Le même rapport « *Charges et produits 2016* » de la CNAMTS permet, pour la première fois, de dresser un portrait de la population ACS en termes d'état de santé et de recours aux soins. L'étude porte également sur l'année 2012 et compare, pour les personnes âgées de moins de 60 ans, la situation des bénéficiaires de l'ACS (732 000 personnes, 1,6 % de la population) avec celle des 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (9,7 %) et du reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes (88,7 %). Pour ce faire, les données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) ont été enrichies de l'information relative au bénéfice de l'ACS¹⁰.

Les bénéficiaires de l'ACS sont plus souvent pris en charge par une ALD (Affection de Longue Durée) (24 % après ajustement sur l'âge et le sexe) que ceux de la CMU-C (11 %) et que surtout, du reste de la population (8 %). Aussi, à structure de population identique, la fréquence des grandes catégories de pathologies est toujours plus élevée dans la population ACS que dans la population générale : 6,2 fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 2,4 fois plus élevée pour le diabète. Cela vaut également si on la compare avec la population CMU-C, même si les écarts sont alors nettement plus faibles : 2,5 fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 1,1 pour le diabète.

On pourrait supposer que la sur-morbidité constatée pourrait découler d'un « effet de sélection ». Toutefois, l'étude montre que la fréquence plus élevée des pathologies au sein de l'ACS se concentre sur les personnes titulaires de l'AAH ou d'une prestation d'invalidité « versées en raison d'un état de santé dégradé ». En excluant ces deux populations, les écarts entre population ACS et CMU-C tendent à disparaître, voire même s'inversent dans certains cas.

Les dépenses annuelles moyennes remboursables par bénéficiaire sont très supérieures dans le cas de l'ACS : 4 800 euros par an, contre 2 460 euros pour les bénéficiaires de la CMU-C et 1 740 euros pour le reste de la population couverte par le régime général. Pour les soins de ville, l'écart est de 35 % par rapport à la CMU-C et de 84 % par rapport au reste de la population. En hospitalisation, il est respectivement de 114 % et de 376 %. Les écarts proviennent surtout de l'hospitalisation des bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité, avec de très fortes dépenses en service de psychiatrie : 1 900 euros en moyenne par bénéficiaire de l'ACS versus 232 euros, si au sein de l'ACS, on retranche les bénéficiaires de ces deux dispositifs. L'étude souligne en revanche que pour la population ACS « hors AAH et pensions d'invalidité », dont l'état de santé est proche de celui de la CMU-C, les dépenses sont inférieures à la CMU-C (1 899 euros versus 2 461 euros), et proches du reste de la population (1 742 euros).

Selon les estimations de la CNAMTS, la dépense totale d'un bénéficiaire de l'ACS couvert par une complémentaire s'élève en moyenne à 5 900 euros, pris en charge à hauteur de 91 % par l'Assurance Maladie (5 401 euros). Ce taux très élevé est cohérent avec la proportion importante de personnes en ALD dans cette population. Les 9 % restant se répartissent entre assureurs complémentaires (7 % et 410 euros) et reste-à-charge final pour les personnes (2 % et 115 euros). Le reste-à-charge moyen final recouvre néanmoins de fortes disparités.

Les restes-à-charge sont surtout élevés pour les soins prothétiques dentaires, les appareils de surdité même si les taux de recours sont faibles sur ces postes. La CNAMTS rappelle qu'ils sont la conséquence de faibles niveaux de garantie des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS.

¹⁰ Les personnes ayant eu des droits à la fois au titre de la CMU C et de l'ACS au cours de l'année ont été exclues de l'étude.

En 2012, les bénéficiaires auraient consacré 7 % de leurs ressources pour se soigner en l'absence de couverture complémentaire. Pour la même consommation, sans ACS mais avec une complémentaire santé, le taux d'effort grimpe à 9,4 % (le ratio Sinistres/Primes est estimé à 70 %). Grâce à l'aide, le taux d'effort descend à 5 %, à 4,1 % pour ceux qui bénéficient des aides complémentaires versées par les caisses sur leurs fonds d'Action sociale. Les résultats de l'étude montrent donc que l'ACS est d'autant plus nécessaire que les populations concernées sont atteintes de pathologies lourdes et chroniques.

La DREES a également étudié les effets de la CMU-C sur le recours aux soins, à partir de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée aux données de consommations de soins du SNIIRAM en 2012. Cette étude confirme que les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population. En tenant compte des écarts d'état de santé et des caractéristiques socio-économiques, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité plus forte de recourir aux soins que les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire. La probabilité de recourir aux soins, toutes choses égales par ailleurs, s'accroît dans les mêmes proportions que pour les personnes couvertes par des complémentaires santé classiques.

Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à état de santé équivalent, sauf pour les dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. Malgré l'opposabilité des tarifs interdisant aux médecins la pratique des dépassements d'honoraires, pratique plus répandue chez les médecins spécialistes, les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes plutôt qu'aux médecins spécialistes.

Les principales causes du non-recours aux dispositifs

L'Enquête santé et protection sociale 2012 a permis d'analyser les raisons du non-recours à une complémentaire santé au sein de la population. En 2012, parmi les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, le premier motif de non-recours évoqué est le manque de moyens financiers ou le coût trop élevé des contrats. Cela concerne 53 % des personnes non couvertes. Les travaux de l'UNCCAS sur l'action des CCAS pour l'accès aux soins font écho à ces observations. En 2013, 70 % des CCAS octroyant des aides en matière d'accès aux soins accordent des aides pour l'acquisition d'une complémentaire santé hors ACS et 33 % des CCAS accordent aussi des aides à des personnes bénéficiant de l'ACS¹¹.

Parmi les bénéficiaires du minimum vieillesse, plusieurs motifs peuvent expliquer le non-recours à la CMU-C ou à une complémentaire privée. Tout d'abord, les plafonds de l'ASPA et de l'ASV étant plus élevés que celui de la CMU-C, la plupart des bénéficiaires ne sont pas éligibles à la CMU-C. Les tarifs des contrats individuels de complémentaires santé augmentant avec l'âge¹², certains allocataires de l'ASPA et de l'ASV sont contraints de renoncer à ce type de couverture. De plus, certains allocataires étant pris en charge à 100 % par la sécurité sociale au titre d'une ALD, ne voient pas la nécessité de souscrire un contrat de complémentaire santé.

Parmi les allocataires du RSA socle, bien que tous soient éligibles à la CMU-C et qu'il existe un circuit simplifié pour en faire la demande, seuls 80 % en bénéficient. Les principales raisons du non-recours à la CMU-C évoquées sont le fait de disposer d'une autre couverture (34 % pour le RSA socle et 36 % pour le RSA socle majoré) et celui d'estimer ses revenus trop élevés (20 % pour le RSA socle et 29 % pour le RSA socle majoré)¹³.

11 UNCCAS – Enquêtes et observations sociales n°7 « Accès aux soins et à la santé : l'action des CCAS » - Juin 2014

12 DREES – Études et résultats n°850 « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs » - Septembre 2013

13 DREES – « Minima sociaux et prestations sociales » – Édition 2014



En ce qui concerne les étudiants sans complémentaire santé, deux principaux motifs de non-recours ont été mis en exergue dans l'étude de l'ODENORE. 40,9 % des étudiants évoquent des raisons financières et 31,9 % présentent des difficultés à souscrire à une complémentaire, soit par méconnaissance des démarches à engager, soit par ignorance du dispositif de complémentaire en lui-même.

Une enquête réalisée en 2009 à la CPAM de Lille par l'Université Paris-Dauphine pour le Fonds CMU permet de mieux comprendre les raisons de non-recours à l'ACS. Cette enquête a été menée auprès d'assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS et non recourant à l'ACS. Parmi eux, 87 % sont couverts par une complémentaire santé, dont 63,9 % par un contrat individuel et 23,1 % par un contrat collectif. Les personnes interrogées ont principalement évoqué trois motifs de non-recours à l'ACS : le fait de penser ne pas être éligible (40,6 %), le manque d'information (39,9 %) et la complexité des démarches (18,1 %).

En complément de ces résultats, une étude réalisée en collaboration avec la direction de la sécurité sociale et un groupe d'étudiants de la 52^{ème} promotion de l'EN3S identifie les motifs de non renouvellement de l'ACS. Plusieurs foyers ayant reçu une attestation délivrée par la CPAM du Gard entre 2008 et 2011 ont été interrogés. D'après l'enquête, 45 % des motifs de non renouvellement sont liés à une absence d'information ou une mauvaise compréhension de celle-ci par les assurés.

D'autre part, 53 % de la population qui n'a pas renouvelé, déclare avoir eu des difficultés à entamer les démarches contre 20 % pour la population qui a renouvelé. 37 % de la population qui n'a pas renouvelé considère que le dossier est difficile à remplir contre 25 % pour la population qui a renouvelé. Concernant le choix d'une complémentaire et le reste-à-charge, 46 % des non renouvelants pensent qu'il est compliqué de choisir une complémentaire. 70 % évoquent un coût d'une mutuelle trop élevé malgré l'aide et 35 % déclarent que le contrat n'est pas adapté à leurs besoins. De même 36,9 % des personnes ayant renouvelé ne sont pas satisfaites de la couverture de leur mutuelle.

La persistance de renoncements aux soins

Avant la création de la CMU-C, toutes les études faisaient apparaître que dans le décile le plus pauvre de la population, le phénomène de renoncement aux soins atteignait un niveau très important. La cause financière avait clairement été identifiée. Selon l'enquête ESPS 2012, 26,7 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé pour des raisons financières à au moins un soin (en dentaire, en optique, à un médecin et/ou à un autre soin) au cours des douze derniers mois.

En 2012, plus d'une personne sans couverture complémentaire sur deux déclare avoir renoncé à au moins un soin. En supprimant les spécificités d'âge et de sexe, un tiers des bénéficiaires de la CMU-C déclare un renoncement, contre un quart chez les individus protégés par une couverture complémentaire privée.

L'écart entre le renoncement des CMU-Cistes et celui des assurés couverts par une complémentaire privée est important. Une partie de cet écart s'explique par les caractéristiques socio-économiques spécifiques des CMU-Cistes (autres que le sexe et l'âge pris en compte dans la standardisation réalisée ici) : des différences de revenus, des

situations de chômage plus fréquentes, une part plus importante d'ouvriers et employés et la surreprésentation des familles monoparentales. Des travaux économétriques récents menés par la DREES et l'IRDES¹⁴ ont ainsi montré que l'effet propre (« toutes choses égales par ailleurs ») de la CMU-C sur le renoncement aux soins pour raisons financières est similaire à celui d'une bonne couverture complémentaire.

La CMU-C joue donc un rôle important dans l'accessibilité financière des soins. Détenir la CMU-C réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable (*Études et résultats n°944, Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, décembre 2015, DREES*).

Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

La réforme du dispositif ACS

Par l'attribution d'une aide destinée à financer tout ou partie d'un contrat de complémentaire santé, l'ACS poursuit le but d'améliorer l'accès aux soins de ses bénéficiaires. Néanmoins, force est de constater que cet objectif n'est pas pleinement atteint. En effet, outre le non-recours élevé à ce dispositif, les rapports annuels sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS publiés chaque année par le Fonds CMU, mettent nettement en lumière une qualité très médiocre des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS. Ils montrent également les difficultés que ces derniers peuvent rencontrer dans le choix d'un contrat.

Partant de ces constats, le législateur est intervenu à deux reprises en instaurant, dans un premier temps, le label ACS (article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012), dont l'échec a conduit à la mise en place d'une procédure de mise en concurrence (article 56 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2014). Cette procédure de mise en concurrence est prévue par l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'ACS est réservée « *aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Celle-ci vise à sélectionner des contrats répondant au meilleur prix et offrant des garanties au moins aussi favorables que celles prévues par l'article L. 871. Elle est menée de façon transparente, objective et non discriminatoire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État* ».

La mise en concurrence tire les enseignements des analyses et propositions qui figuraient dans le rapport du HCAAM publié en juillet 2013. Partant du constat que « *la labellisation de contrats ACS n'a pas franchi l'accord nécessaire de l'UNOCAM qui reprochait à la proposition ministérielle d'être sous une double contrainte garanties / prix (contrats-repères peu compatibles avec la liberté des complémentaires)* », le HCAAM a émis deux propositions d'évolution : des contrats de groupe pour les bénéficiaires de l'ACS sélectionnés par le biais d'une procédure d'appel d'offre ou la mise en place d'une CMU-C payante. C'est la première des deux hypothèses qui a donc été retenue par les pouvoirs publics. En effet, l'amélioration sensible du rapport qualité-prix des contrats souscrits oblige en particulier à une réelle action sur le prix des contrats, ce que seule une réelle mise en concurrence permet d'obtenir.

¹⁴ Cf. les actes du colloque « Renoncement aux soins » du 22 novembre 2011, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf



C'est le 23 septembre 2013, dans le cadre de la présentation de la stratégie nationale de santé, que la Ministre des Affaires sociales et de la Santé a précisé les modalités de la généralisation d'une complémentaire santé de qualité. À cette occasion, elle annonce que « nous organiserons l'accès à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS, sur la base d'un appel d'offre national ».

Les organismes complémentaires ont été invités à proposer des offres pour trois niveaux de garanties par un appel à la concurrence lancé le 17 décembre 2014.

Les contrats doivent proposer au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %), la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie ainsi que la prise en charge des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses selon des taux modulés en fonction du contrat choisi.

À ces « garanties socle », s'ajoutent les différents niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète :

- ▼ le contrat A prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- ▼ le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- ▼ le contrat C prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Les offres ont été notées et classées. Celles retenues ont été publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015 fixant la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS.

Par rapport aux contrats actuels, pour un contrat couvrant une personne à un niveau de garanties équivalent, la DREES indiquait, au moment de la mise en œuvre du dispositif, que les trois meilleures offres retenues permettent une baisse de prix de l'ordre : de 36 % pour le premier niveau de contrat (de 711 € à 454 €) ; de 24 % pour le niveau intermédiaire (de 769 € à 586 €) et de 14 % pour le niveau supérieur (de 815 € à 704 €).

La réforme de l'ACS est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, en application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et 2015.

Depuis le mois de septembre 2015, le Fonds CMU a mis en place un suivi mensuel auprès des onze groupements sélectionnés portant sur le nombre de personnes protégées par les nouveaux contrats A, B et C. Ce suivi est réalisé en parallèle des données transmises par les trois grands régimes issues d'une extraction de leurs systèmes d'information.

Au 30 avril 2016, il est comptabilisé plus de 968 000 utilisateurs de l'aide sur les contrats A, B, C, ce qui correspond à un taux de montée en charge de 133 % par rapport aux effectifs rattachés aux onze groupements au 31 mai 2015 (derniers chiffres disponibles avant réforme).

Ce chiffre est satisfaisant après dix mois de mise en œuvre du nouveau dispositif.

L'opération de basculement pour les contrats dont la date d'échéance était fixée au 31 décembre 2015 a été clairement visible sur les ouvertures de droits du mois de décembre 2015 (+ 106 100 bénéficiaires), mais surtout sur le mois de janvier 2016 (+ 325 627 bénéficiaires).

Les contrats B et les contrats C sont à un niveau équivalent : 37,8 % en B, 39,6 % en C (contre 22,6 % en A). C'est un point très positif dans la mesure où un des principaux reproches fait à l'ancien dispositif était le faible niveau de garantie des contrats choisis par les bénéficiaires.

Le dispositif de l'ACS offre désormais des avantages proches de ceux proposés dans le cadre de la CMU-C :

- ▼ La dispense totale d'avance des frais. Les bénéficiaires de l'ACS disposaient d'ores et déjà d'un droit au tiers payant sur la part obligatoire des soins. L'article 41 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a étendu le tiers payant à la part complémentaire à compter du 1^{er} juillet 2015 pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Le tiers payant intégral est effectif pour les bénéficiaires ayant souscrit un contrat éligible à l'ACS.
- ▼ L'opposabilité des tarifs des médecins. L'article 1^{er} de l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012, prévoit la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS.
L'exonération des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €.
- ▼ L'article 42 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 exonère les bénéficiaires de l'ACS du paiement des franchises sur les boîtes de médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les prestations de transport de patients ainsi que des participations forfaitaires pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, et pour les actes de biologie médicale.
- ▼ Le contrat de sortie. L'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 instaure, un contrat de sortie ACS, proposé à toute personne ayant bénéficié d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire sélectionné. Ce contrat, choisi parmi les trois contrats ACS offerts par cet organisme est proposé à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS.
- ▼ Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie¹⁵.

Le lancement d'une campagne de communication nationale

Le coût des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, la qualité moyenne des garanties proposées ainsi que la complexité globale du dispositif ACS due à la multitude des offreurs et des contrats de complémentaire santé sont apparus comme les principaux facteurs explicatifs du non-recours à l'ACS rendant nécessaire une réforme. Mais, à cela, s'ajoutait la méconnaissance du dispositif. En effet, plus de dix ans après sa mise en œuvre, l'ACS restait relativement méconnue du grand public. Au moment du lancement de la réforme, seules trois personnes sur dix en ont déjà entendu parler : 12 % savent exactement à qui elle est destinée et 17 % en ont déjà entendu parler, mais l'objet de l'aide reste flou pour elles¹⁶.

¹⁵ Arrêté du 21 décembre 2012 portant modification de l'annexe au décret n°2004-325 du 8 avril 2004 modifié relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

Décret n°2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité.

Décret n°2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

¹⁶ Baromètre d'opinion DREES 2014 (BVA) – Avril 2015



Afin d'accroître la connaissance de l'ACS, une vaste campagne de communication a été lancée le 29 juin 2015 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, lors d'une visite à la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne, à Créteil.

Cette campagne a été coordonnée entre tous les acteurs susceptibles d'informer les bénéficiaires potentiels et d'accompagner les bénéficiaires déjà présents dans le dispositif. Ainsi, ce sont le gouvernement, le Fonds CMU, les caisses nationales de Sécurité sociale (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, caisses de retraite), Pôle Emploi, les associations, les professionnels et établissements de santé, les centres communaux d'action sociale et les organismes complémentaires qui se sont mobilisés autour de cette campagne.

Afin de faire connaître l'ACS indépendamment du dispositif de la CMU-C, un logo a été créé. Une affiche, un dépliant et une animation vidéo explicatifs ont été élaborés. Près de 500 000 dépliantes et 10 000 affiches ont été diffusés par le Fonds CMU. Une plateforme téléphonique a également été mise à la disposition des bénéficiaires par l'Assurance Maladie.

Une nouvelle campagne de communication sera lancée par l'Assurance Maladie afin d'augmenter la notoriété de l'ACS et favoriser l'accès à cette aide. Cette campagne, qui repose sur deux temps de communication (une première vague du 28 mars au 22 mai 2016 et seconde en septembre/octobre 2016) ciblera plus particulièrement les jeunes, les demandeurs d'emploi et les seniors.

La généralisation de l'assurance complémentaire santé et les premiers impacts

En dehors de la CMU-C et de l'ACS, le législateur a reconnu l'importance de la couverture complémentaire santé en étendant les aides fiscales et sociales à la protection collective d'entreprise. L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 organise la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé en obligeant à la mettre en place et la financer à au moins 50 %. Le même texte réforme la portabilité des droits, en permettant aux personnes touchant des indemnités de chômage de bénéficier plus longtemps et à titre gratuit de leur complémentaire santé d'entreprise pour une durée maximale de douze mois.

Cet accord, devenu l'article 1^{er} de la loi du 14 juin 2013, est effectif depuis le 1^{er} janvier 2016. Le contrat doit offrir des garanties minimales couvrant :

- ▼ l'intégralité du ticket modérateur pour tous les actes (à l'exclusion des médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par la sécurité sociale, l'homéopathie et les cures thermales) ; la prise en charge du forfait journalier en intégralité et sans limitation de durée ;
- ▼ la prise en charge des soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur de 125 % des tarifs de responsabilité ;
- ▼ la prise en charge des frais d'optique, sous forme de trois forfaits (100 €, 150 € et 200 € en fonction de la correction), limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par bénéficiaire, tous les deux ans (un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

- ▼ Par ailleurs, la définition des contrats responsables imposent des plafonds de remboursements à hauteur de 125 % pour les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

Plusieurs dispenses d'affiliation autorisent certains salariés ne pas adhérer à la complémentaire santé d'entreprise : les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ; les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du contrat collectif ou de l'embauche, qui doit être résilié à l'échéance ; les salariés couverts par le contrat collectif de leur conjoint ; les salariés et apprentis dont la durée du contrat de travail est inférieure à douze mois ; les salariés à temps partiel et apprentis dont le taux d'effort au contrat collectif représenterait plus de 10 % du salaire brut. Enfin, les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du contrat issu d'une décision unilatérale de l'employeur auront également la possibilité de ne pas y adhérer.

L'IRDES a publié début juillet 2015 une étude portant sur une évaluation ex-ante des impacts de la généralisation de la complémentaire santé sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture. À partir de l'Enquête santé et protection sociale 2012, l'effet de l'introduction de l'Accord national interprofessionnel (ANI) sur la proportion de personnes non couvertes par une complémentaire santé a été simulé en population générale, tout en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésions dont certains salariés du secteur privé peuvent bénéficier. Les résultats obtenus montrent que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité permettrait de réduire de « *façon modérée mais significative le taux de non-couverture dans l'ensemble de la population* ». Le taux passerait :

- ▼ de 5 % à 4 % en cas de généralisation à tous les salariés du secteur privé (scénario 1)
- ▼ à 3,7 % sous l'hypothèse additionnelle que tous les chômeurs de moins d'un an acceptent la portabilité (scénario 1+2),
- ▼ et jusqu'à 2,7 % sous l'hypothèse complémentaire que tous les ayants droit des salariés et des chômeurs bénéficient aussi de la complémentaire d'entreprise (scénario 1+2+3).

L'étude souligne également que le dispositif devrait modifier la répartition du risque assurantiel entre collectif et individuel, en diminuant la part de ces derniers tout en modifiant les caractéristiques des assurés couverts. La population protégée en individuel serait davantage âgée et/ou en affection de longue durée. Ce dispositif risque donc d'augmenter le niveau des primes et cotisations des contrats individuels ce qui en retour peut augmenter la non-couverture.

Conclusion

L'étude de l'IRDES précitée indique que même avec la mise en place de l'ANI, les inégalités sociales perdureraient en termes de couverture complémentaire santé en France : les plus de 70 ans, les inactifs, les individus en mauvaise santé et ceux dont le revenu est le plus bas resteraient le plus souvent non couverts. Ces résultats soulignent l'importance de la CMU-C et de l'ACS pour améliorer l'accès à la complémentaire santé des ménages les plus pauvres. Il faut donc tout mettre en œuvre pour favoriser la réduction du non recours à ces dispositifs.

La réussite de la réforme engagée sur l'ACS doit y contribuer. La mise en concurrence a produit les premiers effets attendus : elle améliore très significativement le rapport qualité / prix des garanties souscrites avec le bénéfice de cette aide. De plus, les premiers résultats sur la montée en charge du nouveau dispositif laissent apparaître que la baisse du prix des garanties a permis aux bénéficiaires



de s'orienter en plus grand nombre vers des contrats proposant de meilleures garanties (contrats « B » et « C »), ce qui constitue déjà une réussite par rapport à ce qui était observé précédemment. Si l'on ajoute l'amélioration de la lisibilité du dispositif, les efforts de communication engagés par l'ensemble des partenaires et le fait que les droits attachés à l'ACS sont désormais proches de ceux de la CMU-C, le dispositif est devenu plus attractif, ce qui devrait logiquement susciter un recours accru. Une autre étape vers la généralisation de la complémentaire santé sera également franchie avec la mise en œuvre de l'article 33 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 qui prévoit la création d'un contrat labellisé au bénéfice des personnes âgées de 65 ans et plus à compter du 1^{er} janvier 2017.

Au-delà de cette réforme, des réflexions plus conclusives devront être engagées vers la simplification des démarches engagées par les demandeurs, en favorisant les échanges de fichiers entre organismes sociaux et en diminuant le nombre de pièces justificatives à produire. La refonte des procédures existantes est donc nécessaire pour sécuriser l'instruction des demandes et alléger les tâches de gestion ce qui permettrait notamment de renforcer les efforts d'accompagnement en direction des populations les plus vulnérables.

Les redistributions opérées par le système de retraite français à deux étages (base et complémentaire)

Par Yves GUÉGANO, Secrétaire général du Conseil d'orientation des retraites (COR)



Yves GUÉGANO est administrateur de l'INSEE, diplômé de l'ENSAE et de l'École polytechnique (promotion 1985).

Il est Secrétaire général du Conseil d'orientation des retraites depuis février 2007, après en avoir été le secrétaire général adjoint depuis 2003.

Il a été auparavant chargé de mission auprès du directeur, économiste au service des études, de la Direction des retraites de la Caisse des dépôts et consignations (2000-2003) ; chef du bureau Emploi et salaires à la Direction de la prévision du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (1997-2000) ; directeur des études du CEPE, centre de formation continue rattaché à l'INSEE (1995-1997) ; chargé d'études au bureau Services et commerce puis au bureau Emploi et salaires, Direction de la prévision du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (1990-1995).

Les logiques de contributivité et de redistribution se retrouvent parmi les objectifs donnés au système de retraite français, respectivement par l'affirmation que « tout retraité a droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité » et par l'objectif de « solidarité intra-générationnelle »¹.

La notion de contributivité renvoie en effet au lien de proportionnalité entre les pensions perçues et les cotisations versées, c'est-à-dire au rendement des cotisations. La notion de redistribution renvoie, quant à elle, à un écart par rapport à une situation de stricte proportionnalité entre les pensions versées aux retraités et les salaires qu'ils avaient perçus au cours de leur carrière.

La redistribution est une notion plus large que la non-contributivité. En effet, une redistribution est opérée entre les assurés non seulement lorsque le système s'écarter de la contributivité pure (lorsque le rendement des cotisations varie d'un assuré à l'autre), mais aussi lorsque l'effort contributif est inégal selon les assurés (lorsque le taux de cotisation varie d'un assuré à l'autre, en fonction du niveau de salaire ou du régime d'affiliation). Dans ce dernier cas, les bénéficiaires de la redistribution ne profitent pas nécessairement d'un transfert en leur faveur, car ils obtiennent des pensions plus élevées en contrepartie de salaires nets plus faibles.

¹ Article L 161-17 A du code de la sécurité sociale, créé par la loi portant réforme des retraités du 9 novembre 2010.



En pratique, le caractère contributif du système de retraite s'exprime dans les formules de calcul des pensions notamment, pour ce qui concerne les régimes de base en annuités, par la prise en compte de la durée validée (via le mécanisme de proratisation) et par le calcul du salaire de référence en fonction des salaires et revenus d'activité perçus au cours de la carrière ainsi que, pour ce qui concerne les régimes complémentaires en points, par l'acquisition de points en proportion des cotisations assises sur les salaires.

Une redistribution entre assurés d'une même génération est opérée, de manière explicite, par les différents dispositifs de solidarité appelés également « droits non contributifs » (droits familiaux, périodes assimilées, minima de pension, etc.). Les dispositifs de réversion, qui attribuent une pension au conjoint survivant au titre des droits acquis par le conjoint décédé, ne sont pas retenus ici dans l'analyse des redistributions ; leur nature – solidarité ou contributivité (élargie au couple) – fait débat.

En outre, la redistribution entre assurés est également opérée, de manière implicite, sous l'effet des règles d'acquisition des droits et de calcul des pensions, règles correspondant au cœur du système de retraite. Ces règles (formules de calcul des pensions en fonction du salaire et de la durée, définition du salaire de référence et de la durée cotisée, superposition des régimes de base et complémentaires, etc.) n'ont en effet pas été explicitement définies par rapport à une finalité de redistribution entre assurés, et les redistributions qu'elles opèrent en pratique n'étaient pas nécessairement spécifiquement visées.

L'INSEE a analysé les effets redistributifs de ces mécanismes explicites et implicites². Dans sa globalité, le système de retraite corrige les aléas de carrière, au sens où les pensions de retraite sont moins dispersées que les salaires perçus tout au long de la carrière.

Au-delà de ce résultat global, il est intéressant d'examiner plus particulièrement les effets redistributifs des principaux dispositifs de solidarité puis ceux du cœur du système pris isolément (donc hors dispositifs de solidarité), en portant une attention particulière aux rôles respectifs joués par les régimes de base et les régimes complémentaires.

I- Les redistributions explicites

On s'appuie dans cette partie sur les évaluations de la DREES réalisées à partir l'échantillon inter-régimes de retraités de 2012 et publiées dans le dossier Solidarité et Santé n° 72 de janvier 2016³. On pourra se reporter à cette publication pour les précisions méthodologiques.

2 Aubert P. et M. Bachelet (2012), « Disparités de montant de pension et redistribution dans le système de retraite français », INSEE, L'Économie française, édition 2012, et document de travail n°G2012/06.

3 Solard G. (2016), « Les masses financières liées aux dispositifs de solidarité dans le système de retraite ».

I-1/ Les masses financières en jeu

Les dispositifs de solidarité du système de retraite français sont nombreux. Ils peuvent être classés en cinq catégories :

- ▼ les périodes assimilées à des périodes de cotisation dans les régimes de base ou intégrés⁴ et les points gratuits accordés dans les régimes complémentaires, alors que l'assuré n'est pas en emploi, notamment en cas d'interruption pour maladie, maternité, invalidité, accident du travail, chômage indemnisé (ou non indemnisé dans certains cas) ou encore préretraite ;
- ▼ les droits familiaux, principalement la majoration de durée d'assurance pour enfant (MDA) et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)⁵ dans les régimes de base ou intégrés, ainsi que la majoration de pension pour trois enfants et plus dans la plupart des régimes, y compris les régimes complémentaires ;
- ▼ les départs avant l'âge légal d'ouverture des droits, en particulier au titre du handicap et, à la fonction publique et dans d'autres régimes spéciaux, au titre des enfants ou des conjoints (notamment, le dispositif aujourd'hui fermé de départ anticipé pour parents de trois enfants et plus) ou encore au titre de certains emplois (catégories actives, insalubres ou militaires)⁶ ;
- ▼ des majorations de durée spécifiques dans certains régimes spéciaux, par exemple à la fonction publique (bonification du cinquième, bonification de dépaysement, bonification de durée pour campagne pour les militaires, etc.) ;
- ▼ les minima de pensions, qui existent dans certains régimes de base ou intégrés et sont proratisés en fonction de la durée validée par l'assuré (notamment le minimum contributif dans le régime général et le minimum garanti dans la fonction publique).

En 2012, le système de retraite obligatoire français a versé 244,4 milliards d'euros de pensions de droit direct⁷ à 15,4 millions de retraités, dont 45,9 milliards d'euros (18,8 %) au titre des dispositifs de solidarité. Les dispositifs de solidarité les plus importants en termes de masse financières sont les périodes assimilées (8,9 milliards d'euros), les minima de pension (8,4 milliards d'euros), les majorations de pension pour enfants (7,6 milliards d'euros sur les droits directs), les départs anticipés liés à la catégorie (6,4 milliards d'euros) et les MDA (5,1 milliards d'euros). Les autres dispositifs de solidarité représentent moins de 2,5 milliards d'euros chacun.

La retraite au sens large (281,3 milliards d'euros en 2012) s'obtient en ajoutant aux pensions de droit direct notamment les pensions de réversion (31,3 milliards d'euros) et les prestations du minimum vieillesse⁸ (2,6 milliards d'euros).

4 Les régimes intégrés ne distinguent pas deux étages (base et complémentaire) ; c'est le cas de la plupart des régimes spéciaux, dont ceux de la fonction publique.

5 L'AVPF permet aux parents bénéficiaires de certaines prestations familiales, sous certaines conditions, de valider des droits à la CNAV sur la base du SMIC, quel que soit leur régime d'affiliation.

6 Les départs anticipés au titre des enfants ou des conjoints pourraient également être classés parmi les droits familiaux. Les départs anticipés pour carrière longue ne sont pas intégrés aux dispositifs de solidarité, en considérant qu'ils relèvent plutôt de la logique contributive (en bénéficient ceux qui ont longtemps contribué au système de retraite).

7 C'est-à-dire liés à l'activité professionnelle passée du retraité.

8 Le minimum vieillesse – aujourd'hui, allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) – est un minimum social. Il ne fait pas partie intégrante du système de retraite et n'est donc pas retenu parmi les dispositifs de solidarité du système de retraite.

Décomposition de la masse des pensions en 2012, par sexe

en milliards d'euros

	Ensemble	Femmes	Hommes
Retraite au sens large	281,3 Md€	127,6 Md€	153,6 Md€
Dont pensions de droit direct	244,4 Md€	94,9 Md€	149,6 Md€
Dont droits directs liés à la solidarité	45,9 Md€	24,5 Md€	21,3 Md€
En % des pensions de droit direct	18,8 %	25,9 %	14,3 %
Dont...			
Majorations de pension pour enfants	7,6 Md€	2,7 Md€	4,9 Md€
Départs anticipés pour motifs familiaux	1,8 Md€	1,7 Md€	0,1 Md€
Départs anticipés liés à la catégorie	6,4 Md€	1,3 Md€	5,1 Md€
Majorations liées aux minima de pension	8,4 Md€	6,6 Md€	1,9 Md€
Points gratuits	1,6 Md€	0,6 Md€	1,0 Md€
MDA pour enfant	5,1 Md€	5,1 Md€	0,0 Md€
Autres majorations de durée	2,4 Md€	0,3 Md€	2,1 Md€
AVPF	1,9 Md€	1,8 Md€	0,1 Md€
Périodes assimilées	8,9 Md€	3,4 Md€	5,5 Md€
Taux plein pour inaptitude	1,8 Md€	1,0 Md€	0,8 Md€

Source : EIR 2012, DREES (calculs de l'auteur à partir du dossier Solidarité et Santé N° 72, janvier 2016).

Ces évaluations des masses de pension liées à la solidarité sont des ordres de grandeur. La difficulté pour isoler précisément la part des pensions qui relève de dispositifs de solidarité vient notamment du fait que ces dispositifs jouent par deux canaux : de manière directe par la prise en compte des droits non contributifs dans le calcul des pensions, mais aussi indirecte par leur effet possible sur l'âge de départ à la retraite et donc sur la pension, puisque cette dernière est modulée selon l'âge. La difficulté tient aussi à l'impossibilité de quantifier ex ante les droits acquis au titre d'un dispositif de solidarité ; ainsi, un trimestre validé au titre de la solidarité peut avoir ou non une incidence sur la pension, selon le profil de carrière et selon l'âge de départ à la retraite. Les chiffres de la DREES reposent sur l'hypothèse simple, mais forte, que les âges de départ à la retraite auraient été identiques en l'absence des dispositifs de solidarité⁹.

Les dispositifs de solidarité bénéficient davantage aux femmes, même si la pension moyenne de droit direct des femmes reste très inférieure à celle des hommes (-40 % fin 2012). Les femmes bénéficient ainsi en 2012 de 53 % de la masse des pensions de droits direct liée à la solidarité. Surtout, les dispositifs de solidarité représentent 25,9 % des pensions de droit direct des femmes contre 14,3 % de celles des hommes.

Par ailleurs, les femmes et les hommes ne bénéficient pas des mêmes dispositifs. En termes de masse financière, les femmes sont davantage concernées par les minima de pension (6,6 milliards d'euros), qui viennent compenser de faibles retraites, et par les MDA (5,1 milliards d'euros) ; les hommes bénéficient notamment des trimestres assimilés (5,5 milliards d'euros), des départs anticipés liés à la catégorie (5,1 milliards d'euros) et des majorations de pension pour enfants (4,9 milliards d'euros), compte tenu de leurs pensions plus élevées et du fait du caractère proportionnel de ces majorations.

⁹ En outre, les dispositifs de solidarité ont été retirés un par un, en estimant à chaque étape l'effet sur les pensions. L'ordre des dispositifs a une importance. Par exemple, si on calcule l'effet de la MDA avant de calculer l'effet des minima de pension, la masse liée à la MDA prendra en compte l'éventuelle perte d'un minimum de pension du fait de la perte du taux plein à la suite de la suppression de la MDA. À l'inverse, si on retire les minima de pension avant de calculer l'effet de la MDA (ce que fait la DREES), ce dernier effet ne prendra pas en compte le gain de la MDA sur la proratisation des minima de pension.

I-2/ Des dispositifs de solidarité différents selon les régimes

Les dispositifs de solidarité diffèrent entre les régimes de retraite, notamment entre les régimes du secteur privé et ceux du secteur public, compte tenu des différences d'emploi entre les secteurs.

Décomposition de la masse des pensions en 2012, par groupe de régimes en % de la masse des pensions de droit direct

	Salariés du privé et non-titulaires du public	Fonction publique	Fonction publique d'État civile	Régimes de base et intégrés	Régimes complémentaires
Retraite au sens large	115,6 %	110,4 %	108,8 %	114,3 %	117,3 %
Dont pensions de droit direct	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Dont droits directs liés à la solidarité	18,5 %	21,8 %	14,2 %	23,1 %	6,9 %
En milliards d'euros	28,5 Md€	12,8 Md€	5,0 Md€	41,4 Md€	4,5 Md€
Dont...					
Majorations de pension pour enfants	3,0 %	3,4 %	3,1 %	3,5 %	2,0 %
Départs anticipés pour motifs familiaux	0,0 %	2,9 %	2,3 %	1,0 %	0,0 %
Départs anticipés liés à la catégorie	0,0 %	7,9 %	3,6 %	3,5 %	0,0 % ⁽¹⁾
Majorations liées aux minima de pension	4,4 %	2,4 %	0,9 %	4,7 %	0,0 %
Points gratuits	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %
MDA pour enfant	2,6 %	1,6 %	1,6 %	2,7 %	0,3 %
Autres majorations de durée	0,3 %	2,6 %	1,5 %	1,3 %	0,1 %
AVPF	1,2 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,1 %
Périodes assimilées	5,2 %	0,9 %	1,1 %	4,5 %	1,5 %
Taux plein pour inaptitude	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,5 %

(1) Plus précisément 0,04 %.

Source : EIR 2012, DREES (calculs de l'auteur à partir du dossier Solidarité et Santé N° 72, janvier 2016).

Dans les régimes de retraite du secteur public, la solidarité relève surtout de départs anticipés, qu'ils soient liés à la nature de l'emploi (catégorie active ou super-active) ou à des motifs familiaux (pour les parents de trois enfants et plus notamment).

Pour les anciens salariés du privé et les non-titulaires de la fonction publique (relevant des régimes suivants : CNAV, MSA salariés, IRCANTEC, AGIRC, ARRCO), la solidarité passe d'abord par des majorations du nombre de trimestres validés, au titre des droits familiaux (MDA et AVPF) et des périodes assimilées (trimestres validés au titre du chômage par exemple). Les minima de pension ont également un effet plus important que pour les fonctionnaires.

Malgré ces différences, le poids total des dispositifs de solidarité dans chacun des deux secteurs ne sont pas très éloignés (18,5 % dans le privé¹⁰ et 21,8 % dans le public).

Les dispositifs de solidarité dans les régimes de base et intégrés sont plus variés que ceux dans les régimes complémentaires, mais leur poids diffère fortement d'un régime à l'autre : 51 % dans la fonction publique d'État militaire, 26 % à la CNAV, à la MSA salariés et à la CNRACL, 14 % dans la fonction publique d'État civile, 13 % au RSI commerçants et 9 % au RSI artisans.

Les régimes complémentaires sont à l'inverse plus contributifs au sens où le poids des dispositifs de solidarité y est plus faible (6,9 % contre 23,1 % dans l'ensemble des régimes de base et intégrés).

¹⁰ Y compris les non-titulaires du public.



La solidarité dans les régimes complémentaires passe par trois biais : l'attribution de points gratuits (2,4 %), les majorations de pension pour trois enfants et plus (2 %) et les dispositifs de solidarité des régimes de base ou intégrés qui rétroagissent sur les pensions complémentaires en jouant sur le taux de liquidation (2,4 %) – principalement via la modification de la durée validée tous régimes – ou en permettant des départs anticipés (0,04 %).

Ce résultat appelle deux remarques.

La première remarque est que le caractère contributif des régimes complémentaires est reconnu et assumé par les partenaires sociaux qui en ont la gestion – la solidarité étant essentiellement portée par les régimes de base¹¹. Il est confirmé par le dernier accord AGIRC-ARRCO du 30 octobre 2015, selon lequel « les organisations signataires posent les bases d'un nouveau régime unifié de retraite complémentaire à caractère principalement contributif ». Le choix de la technique des points et non des annuités s'inscrit d'ailleurs dans ce cadre puisque cette technique conduit à un rapport plus étroit entre les salaires touchés, les cotisations payées et le montant de la retraite, via les valeurs d'achat et de service du point – ce qui n'empêche pas une dose de solidarité, comme on l'a vu.

La seconde remarque est que la solidarité portée par les régimes complémentaires va au-delà de celle correspondant aux dispositifs explicites de solidarité prévus par ces régimes (points gratuits et majorations de pension pour trois enfants et plus). À cette solidarité s'ajoute celle liée aux dispositifs de solidarité des régimes de base (MDA, périodes assimilées, etc.) qui rétroagissent sur les pensions complémentaires par effet « ricochet ». Cet effet « ricochet », qui représente environ un tiers de la solidarité portée par les régimes complémentaires, transite notamment par le fait que les dispositifs de solidarité des régimes de base peuvent conduire à augmenter la durée validée tous régimes, et ainsi majorer les pensions complémentaire en réduisant, voire annulant les coefficients d'anticipation propres à ces pensions¹².

I-3/ Des dispositifs de solidarité qui réduisent les inégalités de revenus entre retraités

Pris dans leur ensemble, les dispositifs de solidarité jouent globalement dans le sens d'une nette réduction des inégalités de revenus entre retraités et au total, le système de retraite opère bien une redistribution en ce sens.

Selon une étude de l'INSEE datant de 2012¹³, les disparités s'avèrent en effet plus faibles parmi les pensions que parmi les salaires perçus au cours de la carrière ; plus précisément, pour les salariés nés entre 1955 et 1964, le ratio inter-décile¹⁴ est estimé à

11 Par exemple, l'objectif fixé en 2003 pour 2008 d'un montant total de pension (CNAV+ARRCO) à la liquidation d'au moins 85 % du SMIC net après une carrière complète cotisée et à temps plein rémunérée au SMIC a été atteint uniquement via des revalorisations exceptionnelles du minimum contributif servi par la CNAV, sans dispositions spécifiques à l'ARRCO.

12 Le coefficient d'anticipation est déterminé en fonction soit du nombre de trimestres validés (écart par rapport à la durée d'assurance tous régimes requise pour le taux plein), soit de l'âge (écart par rapport à l'âge d'annulation de la décote), en retenant la règle la plus avantageuse pour l'assuré.

13 Aubert P. et M. Bachelet (2012), op. cit.

14 Rapport entre le seuil de montant au-dessus duquel se situent les 10 % des retraités ayant les pensions les plus élevées (resp. les salaires cumulés de carrière les plus élevés) et le seuil en dessous duquel se situent les 10 % des retraités ayant les pensions les plus faibles (resp. les salaires cumulés de carrière les plus faibles).

4,10 pour les pensions à la liquidation et à 5,85 pour les salaires cumulés de carrière. La réduction des disparités se vérifie également pour les autres générations nées entre 1935 et 1974, est plus forte parmi les femmes que parmi les hommes, et se fait surtout dans la partie inférieure de la distribution des montants de pension (les écarts se réduisent davantage entre les faibles montants et les montants médians qu'entre ceux-ci et les montants élevés). La redistribution se fait globalement au bénéfice des femmes et les principaux mécanismes qui contribuent à cette réduction des inégalités sont les périodes assimilées, l'AVPF et les minima de pension.

De fait, le poids des dispositifs de solidarité est très important pour les deux premiers quartiles de pension de droit direct : respectivement 49,7 % et 34,2 % en 2012. En particulier, le premier quartile¹⁵ de pension bénéficie très fortement des minima de pensions (24 % des droits directs). Il est principalement composé de personnes ayant des carrières courtes et liquidant à l'âge d'annulation de la décote de manière à bénéficier de ces minima (femmes et personnes nées à l'étranger notamment) ; du fait de leurs carrières courtes, ces personnes bénéficient moins en proportion des périodes assimilées et des points gratuits. Les quartiles de pension les plus élevés bénéficient toutefois également de dispositifs de solidarité (16,1 % pour le troisième quartile et 11,7 % pour le dernier quartile). Ainsi les deux principaux dispositifs pour le dernier quartile sont les majorations de pension pour trois enfants et plus et les départs anticipés liés à la catégorie (qui représentent respectivement 3,0 % et 2,8 % des droits directs).

Les redistributions ainsi opérées sont le fait principalement des dispositifs de solidarité dans les régimes de base ou intégrés, qui représentent 90 % des 45,9 Md€ de pensions de droit direct versés au titre de la solidarité en 2012. Au total, les seuls dispositifs explicites de solidarité prévus par les régimes complémentaires (points gratuits et majorations de pension pour trois enfants et plus), compte tenu de leur poids et de leurs modalités, ne semblent pas opérer une forte redistribution contribuant à réduire les inégalités de revenus entre les retraités.

Décomposition de la masse des pensions en 2012, par quartile de pension tous régimes en % de la masse des pensions de droit direct

	1 ^{er} quartile	2 ^e quartile	3 ^e quartile	4 ^e quartile
Retraite au sens large	209,3 %	120,6 %	105,8 %	102,1 %
Dont pensions de droit direct	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Dont droits directs liés à la solidarité	49,7 %	34,2 %	16,1 %	11,7 %
En milliards d'euros	6,7 Md€	13,8 Md€	11,0 Md€	14,4 Md€
Dont...				
Majorations de pension pour enfants	4,2 %	3,5 %	2,8 %	3,0 %
Départs anticipés pour motifs familiaux	0,1 %	1,8 %	0,8 %	0,4 %
Départs anticipés liés à la catégorie	0,1 %	2,4 %	2,8 %	2,8 %
Majorations liées aux minima de pension	24,0 %	8,4 %	2,1 %	0,3 %
Points gratuits	0,5 %	1,1 %	0,7 %	0,5 %
MDA pour enfant	9,8 %	4,8 %	1,6 %	0,6 %
Autres majorations de durée	0,4 %	0,4 %	0,5 %	1,5 %
AVPF	3,6 %	2,8 %	0,3 %	0,1 %
Périodes assimilées	2,8 %	6,9 %	4,0 %	2,5 %
Taux plein pour inaptitude	4,0 %	2,1 %	0,4 %	0,1 %

Source : EIR 2012, DREES (calculs de l'auteur à partir du dossier Solidarité et Santé N° 72, janvier 2016).

15 Seuil de montant en dessous duquel se situent les 25 % des retraités ayant les pensions les plus faibles.



II- Les redistributions implicites

Plusieurs mécanismes opérant une redistribution implicite sont à l'œuvre dans le cœur du système de retraite français. Leur résultante est complexe et rien ne garantit *a priori* qu'ils bénéficient aux plus défavorisés (en termes de durée de carrière ou de niveau de salaire).

Premièrement, la formule de calcul de la durée validée dans les régimes de base en annuités (hors dispositifs de solidarité) présente plusieurs non-linéarités et s'écarte pour cette raison de la contributivité pure. En particulier, la pension n'est pas proportionnelle à la durée lorsque celle-ci excède la durée exigée pour une carrière complète car le coefficient de proratisation est plafonné à 100 %. En outre, à la CNAV notamment, la durée prise en compte pour le calcul de la pension ne correspond pas à la durée effectivement travaillée, compte tenu de la règle des 150 (auparavant 200) SMIC horaires pour valider un trimestre au titre des droits à retraite. À cela s'ajoute le fait que la durée n'est pas comptabilisée de la même manière dans le coefficient de proratisation et au dénominateur du salaire de référence : selon une base trimestrielle dans le premier cas, annuelle dans le second.

Deuxièmement, le revenu d'activité de référence dans les régimes de base n'est, dans la plupart des cas, pas calculé sur l'ensemble de la carrière. Il ne retient que les 25 meilleurs revenus d'activité annuels (sous le plafond de la sécurité sociale) à la CNAV et dans les régimes alignés, et les six derniers mois (hors primes) dans la plupart des régimes spéciaux dont ceux de la fonction publique.

Troisièmement, le barème du taux de liquidation dépend à la fois de l'âge de départ à la retraite et de la durée d'assurance tous régimes – ainsi que, dans les régimes de la fonction publique et certains régimes spéciaux, de la catégorie d'emploi –, alors qu'il ne dépendrait que de l'âge de départ à la retraite dans un régime purement contributif. À cela s'ajoute le fait que certains assurés peuvent bénéficier d'un âge d'ouverture des droits plus précoce. Ces facteurs sont susceptibles d'induire des redistributions en termes de durée de retraite.

Quatrièmement, la superposition des régimes de base et complémentaires dans le secteur privé induit également des redistributions.

Enfin, les différences de règles entre les régimes et l'existence de polypensionnés engendrent d'autres effets redistributifs.

On s'intéresse ici aux redistributions liées à la superposition du régime de base et des régimes complémentaires des salariés du secteur privé. Au préalable, il est utile de rappeler des résultats généraux relatifs aux redistributions implicites.

II-1/ Les transferts implicites de redistribution dans le cœur du système de retraite

Comme on l'a vu précédemment, pour les salariés nés entre 1955 et 1964, le ratio inter-décile est estimé à 4,10 pour les pensions à la liquidation et à 5,85 pour les salaires cumulés de carrière ; mais, il est estimé à 6,66 pour les pensions issues du seul cœur du

système, c'est-à-dire hors prise en compte des dispositifs de solidarité¹⁶. Cela signifie que le cœur du système de retraite opère une redistribution à l'envers, mais que la réduction des inégalités de pension liée aux dispositifs de solidarité l'emporte au total.

L'effet globalement anti-redistributif du cœur du système de retraite français provient principalement du fait que les règles de calcul des pensions et d'acquisition des droits sont plus favorables en cas de carrière complète qu'en cas de carrière courte, et du lien statistique entre carrières courtes et bas salaires – et réciproquement entre carrières complètes et salaires plus élevés. Cela explique notamment le fait que ce caractère anti-redistributif soit plus marqué parmi les femmes, dont les durées de carrière sont plus hétérogènes et pour lesquelles les carrières courtes sont plus fréquentes. Les redistributions implicites en défaveur des assurés à carrière courte passent plus particulièrement par les règles de calcul du salaire de référence (notamment la règle des 25 meilleures années au régime général et dans les régimes alignés) et de la durée cotisée dans les régimes de base¹⁷.

II-2/ Les transferts implicites de redistribution liés à la superposition du régime de base et des régimes complémentaires des salariés du secteur privé

La superposition du régime de base et des régimes complémentaires des salariés du secteur privé induit également des redistributions implicites.

En effet, la fraction du salaire inférieure au plafond de la sécurité sociale et celle supérieure à ce plafond n'engendrent pas les mêmes droits à la retraite, pour deux raisons :

- ▼ le taux global de cotisation (CNAV + ARRCO + AGIRC) est plus élevé sous le plafond qu'au-dessus, d'où un effort contributif plus important pour les bas salaires. L'écart entre les taux de cotisation sous plafond et déplafonné était important jusque dans les années 1990 (il est encore de plus de 2 points en 2016) ;
- ▼ le rendement global des cotisations est différent en dessous et au-dessus du plafond. D'une part, les droits sont ouverts dans des régimes différents (CNAV, ARRCO et AGIRC) qui n'offrent pas nécessairement les mêmes rendements. D'autre part, la cotisation CNAV déplafonnée n'engendre aucun droit sur la fraction du salaire supérieure au plafond.

Sont repris ici les résultats de travaux conduits en 2011-2012, visant à estimer, sur la base de cas types de salariés du secteur privé de la génération 1948, le taux de remplacement, c'est-à-dire le rapport entre la pension totale (CNAV, ARRCO et AGIRC) à la date de liquidation des droits et le dernier salaire. Ce sont les derniers travaux publiés qui fournissent des résultats détaillés sur les redistributions opérées par la superposition des régimes de base et complémentaires.

Les évolutions de la réglementation intervenues depuis, qui concernent des générations plus jeunes que la génération 1948, conduiraient à modifier en partie les conclusions pour ces générations. Surtout, certains des effets mis en avant dans ces études, qui relèvent de différences de règles entre l'AGIRC et l'ARRCO, sont conduits à se réduire et à disparaître à terme avec la convergence des rendements à l'AGIRC et à l'ARRCO puis l'institution à partir du 1^{er} janvier 2019 d'un régime unifié de retraite complémentaire selon les termes de l'accord du 30 octobre 2015¹⁸.

16 Les résultats sont semblables pour les autres générations nées entre 1935 et 1974.

17 Pour une description plus détaillée de ces effets anti-redistributifs et l'examen de pistes d'évolution des règles de retraite visant à les corriger, voir le chapitre 3 de la deuxième partie du douzième rapport du COR, « Retraites : un état des lieux du système français », janvier 2013.

18 Mais il faudra attendre que les assurés aient été affiliés au régime unifié de retraite complémentaire pendant toute leur carrière (dans une quarantaine d'années) pour que disparaissent totalement les redistributions liées aux différences de règles à l'ARRCO et à l'AGIRC.



En septembre 2012, la direction de la sécurité sociale a estimé les taux de remplacement pour une cinquantaine de cas-types de salariés du privé nés en 1948¹⁹. Parmi ces cas types, ceux qui correspondent à des carrières plates et complètes permettent d'évaluer la redistribution liée à la superposition du régime de base et des régimes complémentaires.

Pour ces cas types, le taux global de cotisation et le rendement des cotisations sont plus élevés en dessous du plafond de la sécurité sociale. Les deux effets jouent dans le même sens, celui d'une légère réduction des inégalités de pension par rapport aux inégalités de salaires cumulés de carrière, et le taux de remplacement diminue généralement lorsque le niveau de salaire s'accroît. En particulier, dans le cas de carrières plates et complètes, le taux de remplacement brut (hors minimum contributif) est égal à 65 % pour des rémunérations (sur toute la carrière) allant de 1/4 du plafond de la sécurité sociale jusqu'au plafond²⁰, puis diminue régulièrement au-dessus du plafond : 62 % à 1 1/4 plafond, 58 % à 2 plafonds, 55 % à 3 plafonds (...) et 29 % à 12 plafonds. En dessous du plafond, il est indépendant du niveau de salaire, sauf pour les très bas salaires, qui ne permettent pas de valider quatre trimestres par année et conduisent à des taux de remplacement très faibles.

La DREES a également estimé des taux de remplacement sur la base de cas types de salariés du privé nés en 1948, en fonction de la pente de leur carrière salariale et de leur statut de cadre ou de non-cadre²¹. L'étude vise à mesurer les conséquences sur le taux de remplacement d'un profil plus ou moins ascendant de la carrière salariale ventilée par statut cadre/non-cadre de l'assuré. La question est de savoir si les différences de salaire se répercutent sur les niveaux de pension des retraités de la CNAV et des régimes complémentaires associés différemment selon le statut de l'assuré. Toutes les chroniques de salaires renvoient à des carrières plus ou moins ascendantes jusqu'à l'âge de 40 ans (première partie de vie active) ; au-delà de 40 ans, la croissance salariale est supposée s'infléchir.

Pour les cas types de non-cadre, le taux de remplacement net est décroissant en fonction de la pente de la carrière salariale de la première partie de vie active. Le pic de 88 % de taux de remplacement net pour la carrière la plus plate est principalement lié à l'attribution du minimum contributif dans le régime de base, qui permet de bénéficier d'un taux de remplacement nettement plus élevé que pour les autres profils. La baisse du taux de remplacement pour les carrières salariales les plus pentues s'explique essentiellement par l'effet plafond de la pension du régime de base. Quels que soient les profils salariaux, la répartition entre la CNAV et l'ARRCO est sensiblement identique, respectivement environ 2/3 et 1/3.

Pour les cas types de cadre, plus la carrière est ascendante, plus le taux de remplacement s'affaiblit, à l'instar des non-cadres. Le plafonnement de la pension de la CNAV explique en partie cette situation. En effet, plus la croissance du salaire est forte, plus la partie de la rémunération au-dessus du plafond de la sécurité sociale est importante, et donc plus faible est en proportion la pension servie par la CNAV. La protection contre les mauvaises années, qui consiste à ne considérer que les 25 meilleures années pour le calcul du salaire de référence à la CNAV, ne joue alors pas à plein, puisqu'elle n'intervient que sur moins de

19 Document n° 2 du dossier du COR du 25 septembre 2012.

20 77 % en termes nets.

21 Burricand C., C. Duc et H. Lermecchin, « Présentation et applications de l'outil CALIPER », DREES, série Études et Recherches N° 111, novembre 2011

la moitié de la pension totale. De plus, la pension versée par les régimes complémentaires dépend de l'intégralité des salaires perçus au cours de la carrière, donc y compris des salaires de début de carrière, qui sont d'autant plus faibles (relativement aux salaires de fin de carrière) que la carrière est pentue. La part de la pension servie par l'AGIRC dans la pension totale augmente alors avec la pente de la carrière mais cela ne compense pas le plafonnement de la pension de la CNAV.

Une autre estimation sur les cas types de non-cadre permet d'analyser l'impact d'un passage au statut de cadre lorsque le salaire dépasse un certain seuil (en l'occurrence 80 % du plafond de la sécurité sociale) : en deçà, l'assuré cotise à l'ARRCO mais pas à l'AGIRC ; au-delà, en tant que cadre, il cotise à la fois à l'ARRCO et à l'AGIRC, et, dans ce dernier régime, il est susceptible de percevoir la garantie minimale de points (GMP).

Il s'avère que le passage au régime complémentaire des cadres permet d'améliorer le taux de remplacement de 2 à 6 points selon le cas-type considéré. Le passage à l'AGIRC permet d'augmenter relativement plus les pensions des assurés à faibles salaires, via la GMP, mais également les pensions des assurés à hauts salaires (ayant de ce fait une proportion de la pension totale versée par l'AGIRC élevée par rapport à celle versée par l'ARRCO) via un taux de rendement instantané²² et des taux de cotisation au-dessus du plafond plus importants à l'AGIRC qu'à l'ARRCO. Ces deux phénomènes expliquent que le gain de pension lié au passage à l'AGIRC se traduit par une courbe en U en fonction de la pente de la carrière salariale, et donc du salaire atteint en fin de carrière.

Au total, on constate que le taux de remplacement est sensiblement différent selon le statut et la carrière salariale (*in fine* les points acquis dans les régimes complémentaires). Ce taux diminue à mesure que la pente de la carrière salariale – et donc le dernier salaire par construction des cas types – augmente. Au sein d'un statut donné (cadre ou non-cadre), les mécanismes liés au minimum contributif et à l'articulation base/complémentaire opère bien une redistribution dans le bon sens, puisqu'ils assurent un taux de remplacement plus élevé aux personnes à plus bas salaire. En revanche, le traitement différent des cadres et des non-cadres entraîne des exceptions à ce constat global de dégressivité des taux de remplacement en fonction des salaires passés : parmi les cas types étudiés, on constate qu'un cadre percevant à tout moment de sa carrière un salaire supérieur de 60 % à un non-cadre peut bénéficier au total d'un taux de remplacement net supérieur (en l'occurrence de 3 points).

III- Conclusion

Les redistributions opérées par le système de retraite français sont complexes. Au total, les pensions sont moins dispersées que les salaires perçus tout au long de la carrière, et ce résultat est dû aux nombreux dispositifs de solidarité mis en œuvre notamment pour corriger les aléas de carrière. Cependant, une redistribution est également opérée sous l'effet des règles d'acquisition des droits et de calcul des pensions, de manière implicite et au détriment des plus faibles pensions. Une question est de savoir si l'on souhaite corriger cet effet qui vient atténuer la réduction des inégalités de revenus entre retraités entraînée par les dispositifs de solidarité.

La superposition des deux étages – base et complémentaire – ajoute à la complexité des redistributions opérées par le système de retraite. Les régimes complémentaires sont dans leur conception des régimes contributifs et la solidarité est portée par les régimes de base. Dans les faits, la situation est moins nette puisque des dispositifs de solidarité existent dans les régimes complémentaires et

22 Rapport entre la valeur d'achat du point et la valeur de service du point.



ceux mis en place dans les régimes de base rétroagissent sur les pensions complémentaires par effet « ricochet ». En outre, la superposition même des deux étages induit également des redistributions implicites, qui globalement tendent à réduire les inégalités de revenus à la retraite entre les anciens salariés du secteur privé. À l'inverse, les différences de traitement entre les cadres et les non-cadres conduisent dans certains cas à des redistributions au détriment des plus faibles pensions, ce qui n'aura plus lieu à terme avec la mise en place d'un régime unifié de retraite complémentaire, telle que prévue par l'accord AGIRC-ARRCO du 30 octobre 2015.

Faire vivre l'inter-régimes de retraite : l'union fait-elle la force ?

Par Jean-Luc IZARD, *Directeur du GIP Union Retraite*



Jean-Luc IZARD, *administrateur civil hors classe, est directeur du Groupement d'intérêt public « Union Retraite » depuis juin 2014. Il a auparavant été directeur de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (2012-2014), sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire à la direction de la Sécurité sociale (2008-2012), sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail (2007-2008) et chef de la division des affaires communautaires et internationales dans cette même direction (2005-2007).*

L'univers de la retraite en France est un univers particulièrement morcelé. Ce constat très répandu est une évidence qui saute aux yeux de tout observateur, même le moins informé, en raison principalement d'une organisation à deux étages (régimes de base et régimes complémentaires) faisant intervenir de très nombreux organismes. Ceux-ci sont au nombre d'une soixantaine si on prend en compte les dix-sept caisses de l'AGIRC et de l'ARRCO. Pourtant, autrement plus lourdes de sens et de conséquences que ce morcellement institutionnel, les différences des régimes dessinent un paysage de la retraite en France déclinant de très subtiles nuances. Ainsi :

- ▼ Le principe de la gestion paritaire est affirmé dans l'ensemble du champ de la retraite mais la portée de ce principe est beaucoup plus importante au sein de l'AGIRC et de l'ARRCO et, dans une moindre mesure de l'IRCANTEC qu'au sein des autres régimes, soumis à tutelle de l'État, et dans lesquels le poids des partenaires sociaux est plus faible ;
- ▼ Tous les régimes de retraite ne sont pas entraînés par l'État dans le mouvement de modernisation au même rythme. Ceci tient à l'absence de généralisation des outils de dialogue de gestion (les conventions d'objectifs et de gestion ne sont pas applicables ou appliquées à tous les régimes) et aux différences de statut des gestionnaires. Il s'ensuit une hiérarchie des priorités qui, si elle est claire pour les pouvoirs publics et pour les partenaires sociaux, n'est pas toujours perçue avec le même degré d'exigence par tous les gestionnaires ;
- ▼ Si tous les régimes dont il est ici question sont des régimes de premier pilier, au sens du vocabulaire européen, certains d'entre eux sont des régimes de base (comme le régime général des salariés de l'industrie et du commerce), certains sont des régimes complémentaires obligatoires (AGIRC ou ARRCO par exemple), d'autres enfin réunissent les deux étages (régimes de fonctionnaires et autres régimes spéciaux notamment) ;
- ▼ Parmi ces régimes, certains fonctionnent en annuités (en trimestres comme le régime général ou en périodes date à date comme les régimes du secteur public), d'autres fonctionnent en points (régimes complémentaires et régimes des professions libérales) ;



- ▼ Dans les régimes en annuités, l'assiette de calcul de la retraite peut être constituée soit par un salaire calculé sur un nombre d'années qui peut varier soit par le dernier salaire.

Quoi que sommaire et très rapide, ce relevé de différences suffit à appréhender la difficulté à tracer une vision partagée de la retraite, à proposer des objectifs communs et à s'engager dans des évolutions partagées. Or la nécessité d'une évolution rapide dans le domaine des services inter-régimes de retraite est une évidence : d'ores et déjà la quasi-totalité des assurés sont des poly-affiliés et donc, sont ou seront confrontés aux règles et procédures d'environ trois ou quatre régimes différents en moyenne.

En élargissant les missions du GIP INFO RETRAITE¹ au « pilotage stratégique de l'ensemble des projets de coordination, de simplification et de mutualisation ayant pour objet d'améliorer les relations des régimes avec leurs usagers dans lesquels tout ou partie (des régimes) sont engagés »², le législateur a manifestement souhaité que cette difficulté soit surmontée dans le domaine du service à l'usager et notamment que des objectifs partagés de simplification et de mutualisation constituent le cœur d'une politique définie en commun par les trente-cinq régimes de retraite membres du groupement d'intérêt public³.

Dès lors, la question posée par l'ambition assignée par le législateur aux régimes de retraite est celle du travailler ensemble. C'est le défi que les régimes doivent relever au sein du GIP UNION RETRAITE, qui a succédé au GIP INFO RETRAITE. Si l'articulation base-complémentaire soulève bien entendu quelques sujets spécifiques de complexité, notamment du point de vue de l'assuré, elle ne constitue pas pour autant une problématique particulière du point de vue des chantiers inter-régimes. Au regard des objectifs de simplification et de mutualisation, la difficulté tient davantage au nombre élevé d'organismes et de gestionnaire qu'à l'existence des deux étages, base et complémentaire, existence qui ne génère pas en elle-même de problèmes particuliers.

I- Des sujets centraux d'organisation

Travailler à trente-cinq organismes est avant toute chose une question d'organisation. C'est pourquoi les premiers mois d'existence du nouveau GIP UNION RETRAITE ont été consacrés à ce sujet évidemment déterminant.

Hérités du GIP INFO RETRAITE, qui les a éprouvés, trois principes de fonctionnement cadrent l'activité et l'organisation de la structure :

- ▼ Le consensus : il est systématiquement recherché sur les différents sujets. Ainsi, bien que les régimes disposent au sein des institutions délibérantes de droits de vote proportionnels à leur poids⁴, celles-ci ne votent en principe pas, et les décisions sont adoptées à l'unanimité ;

1 Consacrées exclusivement depuis 2003 au développement du droit à l'information retraite.

2 Article L. 161-17-1 du code de la sécurité sociale.

3 On relèvera à ce stade que, si la complexité du paysage de la retraite est réelle, il ne faut pas non plus l'exagérer. S'il existe effectivement plus de 35 régimes de retraite, l'assuré n'est en moyenne en relation qu'avec 3 ou 4 d'entre eux, même si un nombre non négligeable d'assurés est en relation avec 6 ou 7 régimes.

4 Fonction du nombre d'actifs cotisants.

- ▼ Le respect des identités des régimes : principe corollaire du précédent, il s'agit de garantir aux régimes des tailles les plus petites que leurs positions seront entendues autant que celles des régimes importants ;
- ▼ La transparence : les objectifs sont affichés, connus de tous et les méthodes de travail doivent garantir une bonne circulation de l'information.

Au plan institutionnel, le nouveau GIP est doté de quatre organes, dont deux sont délibérants et deux consultatifs. La composition et les modes de fonctionnement de ces institutions veulent refléter les principes de fonctionnement rappelés ci-dessus.

L'assemblée générale est constituée par les représentants des trente-cinq régimes membres du groupement. Ses pouvoirs principaux sont centrés sur l'approbation, et les modifications, de la convention constitutive du groupement, l'acceptation des adhésions au groupement et la fixation triennale des clés de financement et des droits de vote.

Le conseil d'administration est l'instance délibérative ordinaire. Il est composé de onze membres, représentant, d'une part, les neuf principaux régimes ou gestionnaires⁵ et d'autre part, le collège dit des régimes spéciaux⁶ et celui des régimes des professions libérales⁷. En fonction des choix de désignation faits par les régimes, le conseil d'administration comporte des représentants des partenaires sociaux et des représentants des directeurs des organismes. Il exprime ainsi les deux sensibilités, politique et gestionnaire, qui irriguent les sujets de l'inter-régimes de retraite.

À côté de ces deux instances à fonction délibérative, l'Union Retraite est dotée de deux instances consultatives :

- ▼ Un comité des usagers comptant pour l'essentiel des représentants des confédérations syndicales, des organisations patronales et de retraités. Il a une mission générale d'avis sur les travaux déployés ou envisagés par l'Union et sur le contrat d'objectifs pluriannuels ;
- ▼ Un comité de coordination stratégique, composé des directeurs de chacun des onze organismes représentés au conseil d'administration et dont la fonction est d'assurer un lien entre les projets mis en œuvre au sein de l'Union Retraite et les régimes de retraite, tant en ce qui concerne par exemple leurs projets spécifiques que l'organisation des processus métiers ou encore celle de la gestion de la relation clients (GRC).

La transparence des projets est assurée par un contrat d'objectifs pluriannuels conclu entre l'Union Retraite et les pouvoirs publics qui décline vingt-et-un projets et qui est public (http://www.info-retraite.fr/sites/default/files/cop_union_retraite_signe.pdf). Acte essentiel de gouvernance, le contrat d'objectifs pluriannuels concrétise l'engagement concerté de l'ensemble des régimes et l'accord des pouvoirs publics sur ces objectifs.

Enfin, en matière de méthode de travail, la mise en œuvre du contrat est assurée par une méthode identique dans ses principes pour tous les projets, même si elle est modulée dans le détail de façon à s'adapter à la taille et aux enjeux des différents projets⁸. Les grands principes en sont les suivants :

5 CNAV, AGIRC, ARRCO, CNRACL, IRCANTEC, Service des Retraites de l'État, Caisse des Dépôts et Consignations, RSI et CCMSA.

6 Il s'agit en réalité des régimes spéciaux autres que ceux des fonctions publiques, auxquels ont été adjoints le régime de retraite des Cultes et le régime complémentaire de la navigation aérienne.

7 Soit l'ensemble des sections professionnelles de la CNAVPL, la Caisse nationale des barreaux français et l'IRCEC.

8 La méthode est bien entendu allégée pour les projets les plus légers et/ou les moins coûteux.



- ▼ L'Union Retraite assure la maîtrise d'ouvrage des projets identifiés dans son contrat d'objectifs pluriannuels ou des projets supplémentaires décidés par son conseil d'administration ;
- ▼ La mise en œuvre est assurée par un régime qui fait fonction d'opérateur et qui assure à ce titre les développements nécessaires. Le choix du régime est fait par le conseil d'administration de l'Union sur candidature détaillée du ou des régimes intéressés ;
- ▼ Au terme d'une procédure semblable, le conseil d'administration retient le régime qui assurera la qualification du projet ;
- ▼ Le projet est mis en œuvre selon une méthode projet classique associant comité de pilotage stratégique du projet, comité de pilotage opérationnel et groupes de travail ;
- ▼ Le projet est piloté par la maîtrise d'ouvrage sur quatre axes : délais, coûts, périmètre et qualité des livrables.

L'organisation brossée à grands traits ci-dessus a permis à l'inter-régimes de retraite de mettre en chantier, dès avant la fin de la première année d'existence de l'Union Retraite, la totalité des projets prévus par le contrat d'objectifs pluriannuels de simplification et de mutualisation de l'assurance vieillesse. Ce résultat doit beaucoup à l'expérience acquise par les régimes au sein du GIP Info Retraite mais aussi et surtout à l'engagement continu et déterminé des régimes en faveur de l'inter-régimes.

II- L'Inter-régimes de retraite : les premiers enseignements

Les dix-huit premiers mois d'expérience permettent de tirer des premières leçons sur les difficultés de l'approche inter-régimes de la retraite et sur les limites de l'organisation retenue. En première analyse, on peut envisager cinq grandes catégories d'enseignements.

Le choix d'une structure GIP par les pouvoirs publics pour accueillir les orientations nécessaires était loin d'être évident. D'autres méthodes, tendant à confier ce travail à un nouvel établissement public ou à l'un ou l'autre des grands opérateurs de la retraite auraient pu être retenues. À ce jour, la méthode retenue semble pouvoir permettre de réaliser un développement rapide et une unification des services de la retraite. Reposant sur l'absence d'opposition des acteurs, et notamment des plus importants d'entre eux, c'est toutefois une approche qui reste fragile. Le schéma organisé par la loi demeure partiellement insuffisant du fait de l'absence d'articulation formelle du contrat d'objectifs pluriannuels de simplification et de mutualisation de l'assurance vieillesse avec les conventions d'objectifs et de gestion en vigueur dans la plupart des régimes, ce qui pose problème en termes de définition des priorités. En ce qui concerne la définition globale de l'offre de services retraite, cet inconvénient sera résolu au fur et à mesure des renégociations des COG concernées, mais dans la période intermédiaire, il fragilise l'architecture globale de l'inter-régimes en ne permettant pas d'éviter avec certitude les doublons. Plus importante, l'absence de volet « moyens » dans la définition législative du contrat d'objectifs pluriannuels rend la réalisation de ces objectifs tributaires des crédits inclus dans les COG des régimes, COG qui n'offrent pas la garantie, comme nous l'avons vu, d'une parfaite articulation des objectifs entre les niveaux « régime » et « inter-régimes ».

Un élément important de simplification et de renforcement de l'efficacité sera d'obtenir à court terme la suppression du « double encadrement » des dépenses actuellement

en vigueur (encadrement des dépenses dans le contrat du GIP et des contributions des régimes à ces dépenses dans leurs conventions d'objectifs et de gestion) en acceptant, comme cela avait été suggéré dès la mission de préfiguration, que les crédits finançant les contributions des régimes au GIP revêtent un caractère évaluatif. Le contrôle des dépenses par l'État serait totalement assuré par l'intermédiaire des crédits de développement inscrits dans les budgets des régimes ou par le biais du budget de l'Union Retraite elle-même, sans qu'il soit besoin d'un mécanisme supplémentaire de contrôle.

La méthode de travail mise en œuvre et déclinée sur l'ensemble des projets a fait la preuve de son efficacité dans la mise en place du droit à l'information. Elle assure sans nul doute transparence et consensus et permet une étroite association de chacun des régimes. Néanmoins, le nombre des projets a conduit à une démultiplication des réunions de travail qui est très hautement consommatrice de ressources tant pour l'Union que pour les régimes. En dehors du coût d'une telle organisation, à laquelle les nouvelles technologies n'apportent que partiellement des solutions (conférences téléphoniques, visio-conférences...), cette situation pose la question de son efficacité mais aussi celle de sa pertinence pour les organismes qui ont les tailles les plus modestes et qui ne peuvent, en pratique, participer à l'ensemble des rencontres. C'est pourquoi, l'Union a décidé début 2016 de procéder à une revue généralisée des comités et groupes de travail qui fonctionnent en lien avec les projets qu'elle porte, avec pour objectif de supprimer de 30 à 50 % des réunions. Au-delà, des réponses en termes de mutualisation de la représentation et de la préparation des réunions devront être recherchées par les régimes, seuls compétents sur ce point.

L'informatique des régimes de retraite est une informatique de « production » dont l'objectif, atteint sans problème majeur depuis une quarantaine d'années, est de payer le bon montant à la bonne personne et à la bonne date. De cet objectif et de ces succès, découle une culture particulière, peu orientée vers les services à l'usager autres que ceux qui sont liés au paiement de la retraite. Cette culture est d'autant plus prégnante que, à la différence d'autres branches de la protection sociale, le secteur de la retraite a été relativement peu soumis à la pression des usagers, la relation à l'assuré se nouant traditionnellement quasi exclusivement au moment, somme toute assez court, qui s'écoule entre la demande de retraite et sa mise en paiement. Il en résulte une appétence pour le développement de services, autres que ceux qui sont liés au paiement, qui est très variable selon les régimes et qui, dans le meilleur des cas est récente. Opter pour une approche résolument tournée vers les services à l'usager et, de surcroît, vers les services inter-régimes, suppose donc une très forte évolution de la culture informatique – tant en matière de maîtrise d'ouvrage que de maîtrise d'œuvre- et de la culture « métier ». Ce type d'évolution est toujours délicat, a fortiori lorsqu'il doit se faire, comme c'est le cas aujourd'hui dans la branche retraite, dans des délais contraints, sous la pression des attentes des usagers et des Pouvoirs Publics et dans un environnement technologique fortement évolutif. Les services informatiques des régimes peinent le plus souvent face à l'irruption massive et rapide de nouveaux concepts et de nouveaux usages comme les applications mobiles, l'open data, le conseil virtuel, la génération de parcours... et cette situation est génératrice de tensions avec l'échelon inter-régimes qui, n'ayant qu'à la marge la responsabilité d'une informatique de production⁹, tend à privilégier des approches novatrices et des développements rapides et agiles.

Le morcellement du paysage de la retraite en France tel qu'évoqué *supra* n'est pas le fruit du hasard. C'est le produit de notre histoire sociale. Dans ce contexte, il est impossible d'affirmer la supériorité de tel ou tel type d'organisation ou de tel ou tel jeu de règles, chacun d'entre eux répondant à des objectifs qui, pour différents, voire divergents, qu'ils soient, n'en sont pas moins légitimes à l'aune de

9 L'Union Retraite a la responsabilité du droit à l'information et des systèmes d'information qui le mettent en œuvre. Il s'agit d'une informatique de production qui n'est pas négligeable mais qui ne se situe pas au cœur des processus métiers des régimes.



la population concernée. Et ceci reste vrai quelle que soit la taille de cette population. On ne peut en outre ignorer la propension, au demeurant très largement justifiée, des institutions à faire vivre et à défendre les règles qu'elles sont chargées d'appliquer. Or, pour être mené à bien à l'échelle de l'ensemble des régimes de retraite, un objectif de simplification doit nécessairement tendre à unifier des pratiques, sans parler d'unification des règles... On jugera de la difficulté à conduire ces chantiers en considérant, par exemple, la difficulté à choisir un seul terme entre « retraite » et « pension » alors que la coexistence de ces deux termes, qui recouvrent des réalités très proches, est source de complexité et d'incompréhension pour l'assuré. Et comment conduire rapidement une simplification très attendue comme la mutualisation des certificats d'existence alors que les deux principaux régimes concernés ont des processus incompatibles entre eux et que la simplification doit nécessairement passer par l'abandon de l'un des deux processus au profit de l'autre ? Ces deux exemples simples portant sur des sujets évidents suffisent à illustrer la difficulté à conduire un processus de simplification rapide et à souligner les qualités de concertation et les trésors de bonne volonté des parties concernées que suppose leur réalisation.

Le travail de définition concertée des objectifs communs devient dans ce contexte d'une importance primordiale. L'adhésion des différents régimes à l'objectif poursuivi se révèle toujours déterminant au bon achèvement du projet lorsque les inévitables difficultés surgissent. Ces difficultés ne doivent en aucun cas être sous estimées, au risque d'un échec du projet, quand bien même elles pourraient apparaître comme secondaires voire futiles au regard de l'intérêt de l'utilisateur. Certes, la simplification à l'échelle de l'inter-régimes au bénéfice de l'utilisateur est un levier très puissant de changement mais la conduite de ces évolutions ne peut ignorer la diversité de nos régimes de retraite, de leurs règles, de leurs pratiques, de leurs histoires, de leurs sensibilités propres...

La règle du consensus dont nous avons parlé plus tôt présente bien des avantages mais elle peut aussi conduire à un « consensus mou » qui serait incapable de générer un niveau d'adhésion suffisant pour faire faire aux régimes les efforts – parfois vécus comme des renoncements- nécessaires aux projets. Si la recherche du consensus par l'Union Retraite devait avoir pour conséquence d'adopter le rythme du plus lent de ses membres et le niveau de qualité le plus bas proposé, la communauté des régimes serait confrontée à une contradiction entre ses principes de travail et ses objectifs en termes de rapidité et de qualité. De ces constats empiriques découle un leadership implicite des trois ou quatre principaux régimes ou gestionnaires qui ont, somme toute, la responsabilité de « donner la cadence ». Cette situation est d'autant plus inévitable que les organismes gestionnaires ayant les ressources et les capacités pour prendre en charge les développements nécessaires à la création des produits et services de l'inter-régimes sont inévitablement les plus importants et que leur nombre n'excède pas trois à cinq d'entre eux. La bonne marche des objectifs de simplification inter-régimes suppose donc inévitablement de trouver un juste équilibre entre la nécessité d'une vision partagée des priorités et des cibles par les principaux régimes et le besoin d'associer l'ensemble de la communauté des régimes de retraite à la mise en œuvre de ces objectifs.

III- L'inter-régimes de retraite a-t-il un avenir ?

Bien entendu, l'auteur ne saurait apporter une réponse négative à cette question... Néanmoins, si des résultats significatifs et encourageants sont enregistrés, l'objectif est loin d'être atteint et les risques d'échec sont suffisamment importants pour inciter à une grande vigilance.

L'objectif de l'inter-régimes est double. D'une part, il s'agit de rendre la complexité du système de retraite transparente pour l'assuré en particulier en simplifiant radicalement les procédures, en les unifiant (« Dites-le nous une fois ») et en les dématérialisant. Cette démarche doit par ailleurs dégager des gains de productivité permettant aux régimes de contenir leurs coûts de gestion, voire de les réduire (« Faisons-le une fois »).

Quels sont les principaux risques d'ores et déjà manifestes ou perceptibles dans la courte expérience acquise par l'Union Retraite et comment les prévenir ? Six grandes catégories peuvent retenir l'attention.

En premier lieu, un engagement soutenu et constant de tous les régimes et des pouvoirs publics en faveur de l'inter-régimes de retraite est une condition indispensable. Le risque d'un désintérêt est d'autant plus grand que les régimes de taille modeste pourraient se sentir oubliés ou dépassés, incapables de suivre le rythme ou encore que les régimes de retraite ne pourraient mesurer le retour sur investissement des efforts consentis. L'intégration de dispositifs d'accompagnement des régimes dont les ressources sont les plus limitées dans la conception même des projets apporterait une réponse au premier point. La généralisation de la méthodologie d'évaluation des coûts et des impacts des projets adoptée par le conseil d'administration de l'Union devrait prémunir du deuxième. Mais la mise en œuvre par les pouvoirs publics de dispositifs efficaces de coordination des échelons « régimes » et « inter-régimes » - fussent-ils informels - sera indispensable pour maintenir la motivation des gestionnaires des régimes qui pourraient, à défaut, être découragés, par la multiplication d'objectifs non coordonnés et/ou d'impasses financières.

En deuxième lieu, il conviendra de se garder de réduire la dimension inter-régimes à une dimension technique ou technologique. En clair, les projets ne sont pas principalement des projets informatiques. Ce sont avant tout des projets de simplification et de mutualisation dans lesquelles les valeurs « client » et « métier » sont essentielles. Le développement des services inter-régimes doit répondre à une stratégie commune pertinente au regard de ces deux objectifs principaux, dans une logique que certains caractérisent en termes de « services unifiés de la retraite », logique qui se distingue de celle de la réforme systémique. Dans cette perspective, la dimension informatique, pour indispensable qu'elle soit, n'en demeure pas moins un simple outil destiné à faciliter la relation de l'utilisateur au système de retraite et la réalisation de gains de productivité par les régimes dans le cadre d'une politique résolue de mutualisation.

Associé à ce risque d'une dimension technologique trop importante, apparaît celui d'une insuffisante anticipation par les régimes des impacts des projets sur les processus métiers et la gestion de la relation client. Au fur et à mesure de la mise à disposition de nouveaux services, les processus doivent évoluer pour rendre immédiatement effectifs les simplifications et les gains de productivité recherchés par le projet. Pour illustrer le propos, prenons l'exemple de la dématérialisation d'une procédure qui se traduirait par la mise en ligne d'un formulaire unique et commun à tous les régimes. Si, en bout de chaîne, les techniciens des régimes procèdent à la saisie manuelle de ces formulaires, le projet doit être tenu très largement pour un échec puisque la simplification ne sera qu'apparente ne jouant pas, par exemple sur les délais de réponse ou la possibilité, pour l'utilisateur, de suivre le déroulement de la procédure et puisque les gains de productivité seront très faibles voire inexistants. En articulation du contrat d'objectifs pluriannuels de l'Union Retraite, les régimes devraient se doter, au besoin dans leurs conventions d'objectifs et de gestion, de programmes de conduite du changement sur au moins les deux aspects « métier » et « GRC ».

Les méthodes mises en œuvre au sein de l'Union Retraite comportent également des risques, intrinsèques ou associés. Nous avons déjà évoqué le risque d'une culture du consensus qui pourrait conduire les régimes à avancer collectivement au rythme du plus lent d'entre eux et de se limiter au niveau de



qualité du moins avancé d'entre eux. Les méthodes de pilotage adoptées comportent également des risques. Au regard des quatre leviers de pilotage identifiés pour chaque projet (calendrier – coûts – qualité – périmètre), la priorité qui est donnée au calendrier (pilotage par les délais), qui est incontestable dans son principe si l'on veut obtenir des résultats rapides et significatifs, conduira, en cas de difficultés et dans un contexte de forte contrainte financière qui rend peu tolérables les dérapages de coûts, à arbitrer sur une réduction du périmètre du projet (donc de son ambition) ou sur une réduction de qualité. Bien entendu, tout sera ici question de proportions mais la réalisation de ce risque est hautement probable et les arbitrages devront alors prendre garde à l'aspect décevant d'une réduction trop importante du projet. La qualité des études préalables de coût sera indiscutablement un facteur important de stabilité des projets. Enfin, le risque sera en grande partie contenu si on s'attache à promouvoir des projets à horizon rapide et à coût modéré, quitte à privilégier une démarche par étapes sur des projets importants. Le « Think big, act small » cher aux start-up et aux entreprises innovantes devrait ici trouver application.

Il serait erroné de penser que la démarche de simplification est en elle-même un facteur de convergence des règles des régimes. Bien au contraire, elle trouvera ses limites, variables selon les processus envisagés, dans le maintien de règles distinctes et complexes. Dans un premier temps, des gains de simplification sont accessibles par une réflexion approfondie sur le bien-fondé des pratiques puis par une harmonisation des pratiques et procédures des différents régimes. Mais cet exercice, au demeurant plus complexe que son énoncé le laisse entendre, trouve ses limites si la complexité des règles perdure. Les procédures ne sont en effet que le reflet de ces règles et si elles peuvent être améliorées, rendues plus efficaces et plus économes, ce travail ne peut résoudre la complexité liée à la coexistence de règles multiples et distinctes.

Enfin, le plus grand risque serait de montrer trop d'arrogance dans la démarche entreprise notamment en se projetant trop loin dans le temps. La révolution numérique, les progrès technologiques rapides et les évolutions des usages qu'ils engendrent doivent rendre prudents les régimes. Il convient donc de privilégier, dans la construction des services inter-régimes de retraite, les projets à horizon proche et des méthodes de mise en œuvre rapides et agiles, toujours centrées sur l'amélioration du service rendu à l'utilisateur et la recherche de gains de productivité. Au-delà, l'acquisition par les régimes de compétences humaines dans les champs techniques du web et du numérique sont désormais une nécessité ainsi que la constitution d'un réseau inter-régimes de réflexion stratégique sur le domaine digital et ses applications.

L'échelon inter-régimes de retraite répond à une évidente nécessité mais il ne saurait se limiter à une dimension incantatoire. Cette démarche inter-régimes a un coût et même si des gains de productivité très importants peuvent en être attendus, il faudra faire face dans un premier temps à des besoins de financement supplémentaires dans un contexte économique peu favorable à cette logique d'investissement. L'inter-régimes a besoin de réalisations concrètes et significatives pour l'utilisateur. Ces chantiers sont aujourd'hui avancés et devraient pouvoir être conduits à terme mais au-delà de l'engagement et de la bonne volonté démontrés de l'ensemble des acteurs, de nombreux risques subsistent et doivent faire l'objet d'une attention de chaque instant. Ces risques ajoutés au caractère fortement évolutif de la technique et des usages constituent pour les régimes de retraite, tant individuellement que collectivement, un exaltant défi.

C

PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

RÉNOVER LES ARTICULATIONS OU FONDRE LES DEUX ÉTAGES ?

sortir de la crise, il faut plus en particulier, il faudrait être plus précis, plus précisément, il s'agit de la articulation de la petite entreprises et savoirs que... Car il peut revenir ici au moins deux enfants (pour leur son du travail ? la par e, en gros, par les (ternelle) a-t-elle se é de la question p (pose) finance-t-on se-t-on des presta rendre un tel sujet s s, d'observations, e n d'abondance que s comme d'investig T. C'est peu dire qu être toujours conve multiples rapports à

L'AMO ne suffit plus à garantir un accès aux soins sans barrière financière

par **Pierre-Yves GEOFFARD**, *Directeur de Paris School of Economics (PSE)*



Pierre-Yves GEOFFARD est *Directeur de PSE-École d'Économie de Paris depuis février 2013, directeur de recherche au CNRS depuis 2002 et directeur d'études à l'EHESS (École des Hautes Études en Sciences Sociales) depuis 2008.*

Membre du comité scientifique de l'IRDES et du Conseil national du Sida, il est également Président de la Commission « service public, services aux publics » (CNIS).

Certains pays comme la Grande Bretagne ou la Norvège garantissent l'accès aux soins de tous à travers un système national de santé, au sein duquel les producteurs de soins, publics ou privés, sont rémunérés directement par l'État ; les soins sont donc financés par l'impôt, sans mécanisme formel d'assurance maladie. Mais dans la plupart des pays, c'est un système d'assurance qui prend en charge, en partie ou en totalité, le coût des soins. Un individu doit donc être assuré pour bénéficier d'une prise en charge en cas de maladie ou d'accident. Les systèmes d'assurance eux-mêmes sont divers, mais se répartissent en deux grandes familles principales, selon que l'assurance maladie est unique ou qu'un choix est possible entre plusieurs assureurs. Dans tous les cas, la définition des soins couverts par l'assurance incombe à la puissance publique, qui agit soit en régulateur soit en producteur direct d'assurance, voire de certains soins, notamment hospitaliers. Et dans la plupart des pays, des assurances complémentaires, moins régulées que l'assurance de base, prennent en charge certains soins qui ne sont pas inclus dans le panier de soins couvert par l'assurance principale.

Mais la France se distingue par une organisation très spécifique, dans lequel la même dépense de soins a vocation à être couverte pour partie par l'assurance sociale et, pour une autre partie, par une assurance complémentaire, dont le secteur obéit à des régulations spécifiques. Notons qu'on ne retrouve un tel système d'assurances empilées, ou deux assureurs couvrent chacun une part de la même dépense de soins, presque nulle part ailleurs, à l'exception notable des États-Unis, où l'assurance publique des personnes âgées (Medicare) laisse d'importants co-paiements à la charge des assurés, qui peuvent alors s'adresser à une assurance complémentaire (Medigap), notamment pour les dépenses de médicament.

En France, l'assurance maladie s'appuie sur un système à deux étages. Un premier socle est constitué d'une assurance publique dont les droits sont aujourd'hui ouverts à l'ensemble de la population résidant régulièrement sur le territoire. Mais la couverture offerte par l'assurance maladie obligatoire (« AMO », en d'autres termes la sécurité sociale) laisse une part importante du coût des soins à charge de l'assuré, à travers les franchises, tickets modérateurs, et le forfait hospitalier notamment. L'ensemble de ces dépenses non prises en charge par la sécurité sociale représentait en 2014 une somme de 44,6 milliards d'euros, soit 23,4 % de la consommation de soins et biens médicaux. Par ailleurs, la part de la dépense couverte par l'AMO varie en outre fortement selon les soins concernés, puisqu'elle représente 92 % de la dépense hospitalière contre 63,7 % de la dépense de soins de ville. Les dépenses qui



restent à la charge des ménages ou des complémentaires peuvent surtout représenter pour les plus malades des sommes très importantes. Ainsi, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estimait que 5 % des assurés ont dû acquitter en 2009 un reste à charge de plus de 1 600 euros.

En outre, il est désormais bien identifié que, si la part de la dépense totale de soins couverte par l'AMO a peu évolué dans les 15 dernières années, et reste stable autour de 76 %, cette stabilité cache des évolutions importantes en structure. Ainsi, le nombre des personnes admises en Affection de Longue Durée dite exonérante (ALD) a cru de manière constante, entre 2005 et 2010, à un rythme entre 3,5 % et 4,2 % par an. Au total, on comptait 9 millions d'assurés souffrant d'une ALD en 2010, contre moins de 8 millions en 2005. Parallèlement, on a assisté à une baisse de la prise en charge publique des dépenses de santé pour les patients non exonérés du ticket modérateur. Cette baisse est la conséquence de l'augmentation de la participation financière du patient à la dépense de soins (hausse du ticket modérateur, mise en place des forfaits et franchises médicales). Ces évolutions conduisent à ce que l'AMO ouvre 88 % de la consommation de soins et biens médicaux pour les personnes couvertes souffrant d'ALD, contre 59,7 % pour les autres.

En outre, même si les personnes souffrant de maladies de longue durée sont couvertes pour les soins correspondant à ces maladies et dispensées de ticket modérateur au titre du dispositif d'ALD, l'extension de ce dispositif ne permet pas toujours de garantir l'accès aux soins des plus malades. En effet, ce dispositif ne couvrant que les soins liés à l'affection « classante » et les personnes souffrant de maladies chroniques étant souvent affectées d'autres pathologies, ce sont les personnes en ALD qui supportent les reste-à-charge les plus élevés : par exemple en 2003, parmi les personnes en ALD, 5 % acquittaient un ticket modérateur annuel d'au moins 839 €, contre 611 € pour les autres.

Le résultat de ces évolutions est que, aujourd'hui, l'AMO ne suffit pas à garantir un accès aux soins sans barrière financière, même pour les personnes en ALD. Aujourd'hui, plus que jamais, les personnes qui ne sont couvertes que par l'AMO risquent d'être exposées, en cas de maladie grave, à une charge financière importante.

De facto, c'est aujourd'hui la couverture par une assurance maladie complémentaire (AMC) qui permet de restaurer un accès aux soins sans barrière financière. À un niveau agrégé, les trois familles d'assurance maladie complémentaires que sont les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, couvraient en 2014 une somme de 23 milliards d'euros, soit de l'ordre de 13,5 % de la dépense de soins et biens médicaux. Les ménages ne sont donc appelés à prendre en charge directement que 8 % de la dépense totale de soins, ce qui situe la France parmi les pays où ces paiements directs sont les plus faibles de l'OCDE.

Certes, ces 8 % peuvent recouvrir des situations très contrastées. Pour certains, la dépense est peu importante car la dépense de soins est minimale ou correctement prise en charge par la sécurité sociale ou ne représente qu'une faible proportion du revenu. Mais pour les plus malades et les plus pauvres, elle peut représenter une charge élevée difficilement supportable. Cela dit, une analyse de la distribution des « vrais restes-à-charge », c'est-à-dire après remboursements de la sécurité sociale et de la complémentaire, est à peu près impossible.

En effet, les informations statistiques sur la dépense de soins et les remboursements effectués par l'AMO sont plus aisément accessibles que par le passé. L'ouverture progressive des données du SNIIRAM permet de réaliser des analyses fines sur la distribution de la dépense de soins, et sur la répartition des charges financières reposant sur les malades avant remboursement éventuel par une assurance complémentaire. En revanche, si l'articulation entre AMO et AMC est connue en masse, il n'est pas possible, à de très rares exceptions près, de connaître la combinaison de ces deux mécanismes au niveau individuel.

Quoi qu'il en soit, il est clair que l'AMO ne suffit pas à garantir un accès aux soins sans barrière financière. Ce constat est d'ailleurs ancien. Les conclusions qui en ont été tirées ne sont pas toutefois inéluctables. Limiter le risque que des individus aient à supporter une dépense de soins élevée pourrait prendre la forme, comme dans de nombreux pays (Suisse, Allemagne, Suède, ...) d'un plafonnement, connu en France sous le nom de « bouclier sanitaire ». Une autre piste serait d'augmenter les taux de couverture par l'assurance maladie, notamment sur les postes les moins bien couverts actuellement comme les soins de ville, les médicaments et les prothèses dentaires ou optiques. Mais ces options ont été écartées. Au contraire, la voie choisie par les pouvoirs publics dans les vingt dernières années (au moins) a consisté à étendre progressivement la couverture par les assurances complémentaires : couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000, Aide à la complémentaire santé (ACS) depuis 2004, et généralisation des contrats collectifs (2015, suite à l'Accord national interprofessionnel).

Quels sont les problèmes soulevés par un tel empilement des deux régimes, obligatoire et complémentaire ?

Première inefficacité : le même dossier de remboursement, pour la même dépense de soins, devant être ouvert à la fois par la sécurité sociale et par l'assurance complémentaire, les frais de gestion sont, à peu près mécaniquement, dupliqués et représentaient en 2012 un montant de 7,2 milliards pour les organismes relevant de la Sécurité sociale (CNAMTS, etc.) et de 6,2 milliards pour les organismes complémentaires. Les sommes sont du même ordre pour les deux types d'opérateurs, alors qu'ils remboursent respectivement 75,5 et 13,7 % des soins.

Le deuxième problème a trait à la solidarité du système. Les pouvoirs publics encouragent depuis longtemps l'accès aux complémentaires santé par des aides sociales et fiscales aux contrats « solidaires et responsables » pour un montant de l'ordre de 2 milliards d'euros, ainsi qu'aux contrats collectifs obligatoires (3,6 milliards d'euros). Ces aides publiques créent de fortes disparités : selon le HCAAM, l'aide annuelle par contrat varie de 15 euros pour les contrats individuels des fonctionnaires à 226 euros pour les contrats collectifs obligatoires et 260 euros pour les contrats Madelin (professions indépendantes), alors que nombre de contrats individuels ne jouissent d'aucune subvention. Cette discrimination de l'aide publique entre contrats individuels et collectifs se joue au détriment des jeunes, des chômeurs et des personnes âgées, qui doivent payer une prime plus élevée pour accéder à une assurance complémentaire. L'extension des contrats collectifs vient empirer les choses, puisqu'elle conduit des actifs précédemment assurés auprès de contrats individuels à se retirer du « pool » des assurés individuels. Or, ceux-ci étant plutôt en meilleure santé que les inactifs, le risque moyen des assurés hors contrats collectifs est dégradé.

Par ailleurs, les contrats complémentaires individuels font l'objet d'une tarification qui dépend de l'âge. Cette tarification reflète l'augmentation de la dépense de soins au cours du cycle de vie, mais réduit la solidarité entre malades et bien portants. Pour ce qui est des contrats collectifs, ils sont le plus souvent tarifés en fonction de la dépense de soins passée de l'entreprise couverte par le contrat. La



mutualisation est donc réelle, mais réduite à un groupe parfois de taille réduite, et dont les risques individuels, notamment en ce qui concerne des pathologies liées à l'activité professionnelle, peuvent être corrélés. Rien n'indique que ce périmètre de mutualisation soit le plus pertinent.

D'autres difficultés sont posées par l'empilement de deux organismes d'assurance maladie, qui induit une déresponsabilisation de chaque opérateur. Comme plusieurs payeurs financent la même dépense de soins, l'incitation est réduite pour chacun à s'engager dans une gestion active du risque. C'est évident du côté de la demande de soins : le terme même de ticket modérateur indique qu'il a pour but affiché de contribuer à une modération de la dépense, en faisant peser sur l'assuré une partie du coût des soins qu'il engage. On sait que la demande de soins répond, au moins en partie, aux incitations monétaires, donc même s'il s'agit d'un outil délicat à manier car il risque aussi de réduire l'accès aux soins des plus démunis, les mécanismes de type franchise ou autres « co-paiements » peuvent figurer parmi la palette des instruments à la disposition d'un assureur pour réguler le risque. Mais l'incitation éventuellement utile à modérer la dépense induite par le ticket modérateur est annulée lorsque celui-ci est couvert par une autre assurance, ce qui est le cas de la plupart des contrats complémentaires.

C'est également le cas du côté de l'offre de soins. On sait aussi que la régulation de l'offre de soins figure parmi les mécanismes les plus puissants pour gérer la dépense de soins, notamment hospitaliers. Mais là encore, lorsque plusieurs assureurs se partagent le coût des soins, l'incitation de chacun à engager de telles stratégies est réduite. Il est d'ailleurs notable que le système assurantiel public (sécurité sociale et État) est bien plus actif dans la régulation des soins hospitaliers dont il couvre le coût à 93 %, alors que les complémentaires, lorsqu'elles en ont les capacités réglementaires et organisationnelles, sont plus engagées dans des actions dans le secteur de l'optique ou des prothèses dentaires, dont elles couvrent l'essentiel du coût. Mais là où la dépense est plus partagée, la dilution des responsabilités pénalise chacun des assureurs. En particulier, la possibilité de contractualiser avec certains offreurs de soins est identifiée comme l'un des mécanismes de régulation qui peut influencer la quantité et la qualité des soins. Les contrats peuvent spécifier le mode de rémunération, le niveau des prix, la localisation de l'activité, le respect des bonnes pratiques ou d'objectifs de santé publique... Mais l'empilement des deux types d'assurance rend une telle voie impossible en France.

Comment sortir de l'impasse ?

Le principe essentiel est de supprimer une couche ou de redéfinir le périmètre d'intervention de chaque type d'assurance de façon à ce que, pour chaque dépense de soins, un seul assureur intervienne.

La première voie présente elle-même deux options principales : la première passe par une diminution radicale des dépenses non couvertes par la sécurité sociale, qui rendrait inutile la couverture par une complémentaire. Cette extension de la sécurité sociale devrait toutefois s'accompagner de mesures fortes de régulation de l'offre de soins, en particulier la contractualisation de l'assureur avec les producteurs ; c'est la voie choisie dans des pays où les soins sont financés par un unique organisme, comme en Angleterre notamment, et dans d'autres systèmes nationaux de santé comme en Norvège. La seconde, suivie dans de nombreux pays européens (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, ...), consiste à proposer au

contraire aux assurés de choisir entre plusieurs assureurs possibles, l'offre de ceux-ci étant fortement encadrée. En particulier, la tarification de l'assurance est le plus souvent uniforme, indépendante du sexe, de l'âge, et évidemment de l'état de santé, et cette régulation est mise en œuvre grâce à un mécanisme de compensation des risques. Ce mécanisme vient introduire des subventions croisées entre assureurs : celui qui couvre une population plus jeune ou en meilleure santé que la moyenne doit subventionner ceux qui couvrent une population au risque plus élevé. Un tel mécanisme réduit les incitations de chaque assureur à chercher à sélectionner les risques en attirant les clients les plus jeunes, et en dissuadant les assurés plus âgés. De manière générale, toute organisation concurrentielle de l'assurance maladie doit être accompagnée de régulations adéquates pour être compatible avec les exigences de solidarité et d'équité.

Dans les deux cas, qu'il s'agisse de s'appuyer sur un assureur unique en situation de monopole régulé, ou sur une concurrence encadrée entre assureurs multiples, l'une ou l'autre de ces options viendrait clarifier les responsabilités, et fournirait le cadre dans lequel les organismes finançant les soins peuvent s'engager dans la régulation de l'offre de soins. Elles viendraient aussi, tout simplement, diminuer les coûts de gestion induits par la nécessité de traiter deux fois la même demande de remboursement. Quelle que soit la forme qu'elle prenne, une telle simplification du système est devenue aujourd'hui nécessaire. Hélas, simplifier est parfois l'une des démarches les plus compliquées à mettre en œuvre...

Réflexions sur les rapports entre le 1^{er} et le 2^{ème} pilier de la protection sociale en matière de prévoyance lourde

Par Jacques BARTHÉLÉMY, *Avocat – Conseil en droit social, ancien professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, Fondateur en 1965 du Cabinet éponyme.*

Les assurances sociales s'assignaient surtout comme objectif la réparation du préjudice lié aux aléas de la vie humaine, notamment du fait de la perte de revenus professionnels. La sécurité sociale a en plus l'ambition de promouvoir de la solidarité au point que, pour la doctrine, les deux sont indissociables ; mais aussi de mettre en œuvre de la prévention de sorte que soit mieux assurée la protection de la santé. Les instruments de cette double ambition sont au service des droits fondamentaux de l'Homme, spécialement de celui à la santé mais aussi à la dignité.

On peut expliquer par ce prisme la volonté de Pierre LAROQUE de favoriser l'émergence d'une sécurité sociale conventionnelle destinée à compléter celle légale ; il s'agissait dans son esprit d'améliorer le niveau des prestations du régime légal – spécialement s'agissant des indemnités journalières ou des rentes en cas d'incapacité de travail temporaire ou d'invalidité – mais aussi d'y suppléer l'absence de garanties, dans un domaine particulier, – par exemple en cas d'inaptitude. D'où l'article 18 de l'ordonnance de 1945 codifié ensuite en L. 4, s'assignant cet objectif au travers du concept d'institution de prévoyance. Celle-ci n'était pas un organisme d'assurance (comme elle l'est depuis la loi du 8 août 1994) ; son existence reposait sur le double paritarisme, de conception et de gestion, permettant par ce truchement de donner une réelle consistance juridique à la collectivité de travail ; à cet égard est significatif un parallèle avec le comité d'entreprise, personne morale instrument de l'expression collective du personnel.

En matière de retraite, cette construction a eu très vite des effets concrets grâce à la convention collective nationale du 14 mars 1947 ayant créé le régime des cadres ; elle a été le catalyseur d'initiatives conventionnelles pour les autres catégories, ce qui a conduit en 1961 à la création de l'ARRCO.

En matière de prévoyance, des tissus conventionnels de branche apparaissaient aussi très vite, surtout pour les cadres en raison de l'article 7 de la convention collective nationale de 1947 obligeant les entreprises à affecter 1,50 % du plafond SS à la couverture des risques prévoyance, spécialement décès. Pour une des raisons ayant conduit à la création de l'AGIRC, à savoir la limitation de l'assiette des prestations du régime général au plafond SS, s'exprimera très vite une demande en ce domaine ; par contre l'objectif de solidarité y était initialement peu présent. Les partenaires sociaux de la branche limitent souvent leur ambition à seulement fixer la nature et le niveau des prestations, ce qui caractérise un élément de rémunération différée. Les garanties collectives de prévoyance au niveau de l'entreprise se développaient initialement du fait de l'absence fréquente de telles garanties dans la convention collective de branche. Il y a donc une très grande variété de situations tenant à plusieurs raisons, de caractère quantitatif (niveau et type de garanties – modalités de financement – prestations annexes) mais aussi qualitatif (spécialement l'existence ou non d'un objectif de solidarité et d'une politique de prévention). Cela contribue à marquer la différence entre retraite et prévoyance.



Le provisionnement des engagements a été rendu obligatoire depuis la loi ÉVIN et celle du 8 août 1994 ayant transposé les directives vie et non vie relatives à la libre prestation de service ; il permet en effet plus aisément à une entreprise de changer d'assureur dès lors qu'à défaut le service des prestations s'arrête à l'issue du contrat d'assurance, à moins que ne soient versés au premier assureur les capitaux de couverture des indemnités et rentes à venir. Ceci vaut pour l'incapacité et l'invalidité mais aussi pour le décès si sont prévues des rentes de conjoint survivant et (ou) d'orphelin. Ceci étant, c'est la rente au niveau atteint qui est maintenue dès lors que le capital constitutif est évalué seulement en fonction de celle-ci. La loi ÉVIN a dû de ce fait être complétée pour définir des règles relatives aux revalorisations ultérieures et au maintien des garanties annexes.

L'importance, au plan technique mais aussi de la politique sociale, de ces provisions est significative. Elles peuvent du reste être complétées par des provisions pour égalisation des risques si est mise en place dans la branche, pour mener à bien un objectif de solidarité, une mutualisation des contributions ; elles permettent en effet d'écartier les effets, en termes de cotisations, des différences de sinistralité entre les entreprises. De délicates questions se posent alors concernant la propriété comme du reste le positionnement de ces provisions et réserves dans la perspective de la nécessaire présentation sincère des comptes, notamment au regard de l'exigence de solvabilité des organismes assureurs. Il était de ce fait bien plus urgent de s'intéresser, au plan interprofessionnel, à la prévoyance que de généraliser, comme cela a été fait par l'ANI¹ du 11 janvier 2013 puis la loi du 14 juin 2013, la couverture complémentaire santé, d'autant que le panier minimum, légalement obligatoire, ne résout pas vraiment les difficultés rencontrées par les travailleurs et aurait pu être intégré dans le régime général !

Autre élément en vue d'ouvrir une réflexion utile sur les évolutions souhaitables en ce domaine. La problématique n'est pas la même s'agissant de ce qui relève de l'assurance maladie ou de la législation sur les ATMP². Dans le second cas, non seulement le niveau des prestations en espèces du régime de base est plus élevé, en pourcentage du salaire pris ici de surcroît en totalité, mais encore on est sur le terrain de la responsabilité de l'employeur qui a en charge la protection des salariés. De ce fait, les besoins de garanties supplémentaires sont moins importants et surtout se posent des questions de qualification. En particulier, l'obligation générale de sécurité, qui reste forte malgré la récente jurisprudence ayant relativisé l'obligation de résultats incombant à l'employeur, ne peut que conditionner la nature des garanties collectives de prévoyance lourde ; spécialement pour ce qui se rapporte à la prévention, est-il concevable que le salarié acquitte une partie de la cotisation ?

On ne peut enfin passer sous silence que le droit social a été conçu par et pour la civilisation de l'usine. Or, notamment du fait des progrès des TIC³ et demain encore plus du numérique, la relation du travailleur avec l'entreprise sera marquée par plus d'autonomie, voire par l'indépendance technique, ouvrant largement l'accès au libre choix du travailleur, s'agissant du moment du travail mais aussi des conditions de travail en général. Ainsi la mobilité – qui s'inscrit à la fois dans le droit objectif à l'emploi et dans l'aspiration à la liberté, droit d'essence constitutionnelle pose avec plus d'acuité la question de la transférabilité des garanties collectives d'une entreprise à une autre, d'un statut social à un autre. De

1 Accord national interprofessionnel

2 Accidents du travail / maladies professionnelles

3 Technologies de l'information et de la communication

même que, dans la perspective de flexicurité, la protection sociale complémentaire sera de plus en plus la contrepartie, au nom des droits de l'Homme, de l'adaptation de la nature et du niveau de l'emploi ; le droit subjectif à l'employabilité appelle la mutualisation de contributions dans un fonds sur lequel le travailleur a un droit de tirage.

I- Le concept de prévoyance

Le concept de retraite est identifié, au nom de sa fonction sociale, par l'interdiction à la fois de la sortie en capital et de l'accès à l'épargne accumulée avant l'échéance, faute de quoi ce que l'on construit c'est de l'épargne en vue de la retraite. Au contraire celui de prévoyance a des frontières mal cernées ; le texte de l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale y contribue en donnant une liste assez longue de ses manifestations, de surcroît simplement indicative ce dont atteste l'adverbe « notamment ».

Il faut alors mobiliser le concept de garantie sociale ; il ne peut être identifié que par son opposition à celui de conditions de travail, les deux étant toutefois objets de négociation collective ; on peut du reste s'interroger sur les raisons du traitement particulier réservé aux garanties sociales par le recours à l'expression « ainsi qu'aux garanties sociales » dans l'article L. 2221.1 du code du travail. Leur dissociation ne peut se justifier que par le constat que les conditions de travail se traduisent en avantages dont l'employeur a la responsabilité directe tandis que s'agissant des garanties sociales, l'avantage pour le travailleur est le fait d'être assuré, donc d'avoir un « droit de tirage social » sur un « pot commun ». De ce fait, le montant de l'avantage, c'est la cotisation car elle évalue actuariellement un risque.

Dès lors, il faut revoir la cohabitation des indemnités journalières versées par un assureur au titre d'un état d'incapacité temporaire de travail avec le maintien du salaire en cas de maladie en vertu de l'article 7 de l'ANI du 10 décembre 1977 sur la mensualisation. Certes, la jurisprudence a bien tenu compte de ce que la couverture par l'assurance du risque de mensualisation - qui concrétise en quelque sorte un contrat d'assurance de responsabilité civile - n'induit pas la soumission de la prime à la CSG. Par contre est erronée la théorie de l'administration selon laquelle le point de départ des indemnités journalières complétant celles de la sécurité sociale ne peut être antérieur à la fin de la période pendant laquelle l'employeur doit maintenir le salaire en vertu de l'article 7 de cet ANI. Certes, celui-ci précise que si l'employeur a la faculté de s'assurer (il n'était pas nécessaire de le prévoir dans l'accord car cela résulte de son pouvoir de gestion), il peut mettre à la charge du salarié une partie de la prime correspondante : ceci ne peut, au vu de la démonstration ci-dessus, concerner que le maintien direct du salaire (par l'employeur), y compris lorsque, par accord collectif ou usage d'entreprise, la durée de ce maintien est plus longue que celle légale. Ce ne saurait écarter, au nom de l'ordre public relatif ou social, un dispositif (notamment conventionnel) prévoyant par exemple 80 % du brut du 31^{ème} jour d'arrêt pendant toute la durée de l'incapacité temporaire et en cas d'invalidité de 2^e catégorie jusqu'à l'âge de la retraite avec une cotisation répartie 50/50. Un tel dispositif conventionnel est par définition plus favorable que l'application stricte de la loi du 19 janvier 1978 ayant annexé l'ANI du 19 décembre 1977. Dans un arrêt BAZE/BUSSARD, la Cour de Cassation a considéré que faisait potentiellement un tout indivisible, sur lequel doit être portée la comparaison en vue de décliner le principe de faveur, non seulement l'ensemble composé du maintien direct du salaire et des indemnités journalières versées par un assureur mais également le droit à l'indemnité conventionnelle de licenciement ; en effet, le maintien quasi intégral du salaire en cas d'incapacité temporaire puis d'invalidité au-delà de la rupture du contrat de travail a pour effet que la fin de celui-ci ne crée pas de préjudice de perte de revenus.

Le même problème est du reste posé s'agissant des indemnités de fin de carrière. Celles-ci sont dues par l'employeur et sont un salaire. Le fait de s'assurer pour ce risque incombant directement à



l'employeur est donc neutre aux plans fiscal et social. Il en est de même si l'ancienneté prise en compte pour l'évaluation de l'indemnité est celle dans la branche ce qui favorise la mobilité, à condition que le droit à la prestation reste conditionné par la présence dans les effectifs de ces entreprises de la branche le jour du départ en retraite. Par contre si est créé un droit à capital de fin de carrière qui s'acquiert progressivement tout au long de la carrière, la contribution nécessaire à la création du fonds sur lequel ces indemnités seront prélevées est nécessairement un salaire ; il ne peut du reste pas entrer dans la règle de neutralité sous plafond, dès lors qu'il s'agit d'un produit de retraite mais en sortie autre qu'en rente. Sans doute des modifications règlementaires s'imposent-elles ici, d'autant que cette acquisition progressive de droits écarte la critique d'entrave à la libre circulation des travailleurs ; elle favorise donc la mobilité, ce qui positionne une telle construction sur le terrain de l'intérêt général.

Dernier point : ont la qualification de garanties de prévoyance celles couvrant les risques d'invalidité et de chômage. D'un côté, les assurances chômage complétant le régime UNEDIC sont rendues possibles par le code du travail ; elles pourraient, de ce fait, faire l'objet d'une gestion par une institution de prévoyance. Cette voie pourrait au demeurant être une solution concernant le régime des intermittents du spectacle qui n'a aucune raison sérieuse de relever de la solidarité nationale, générale, interprofessionnelle, donc de l'UNEDIC. De tels régimes pourraient au demeurant être inter-transférables avec ceux similaires mis en place au profit de travailleurs non-salariés par un groupement Madelin. D'un autre côté, les garanties d'invalidité – cf. le régime IPRIAC en vigueur dans les transports – ont l'immense mérite de faciliter des reclassements dans un emploi moins qualifié dès lors qu'elles ont pour objet de compenser la perte de revenus. En cela, elles sont un instrument efficace au service d'un droit instauré par le code du travail. Pour l'un et l'autre de ces « contrats d'assurance », se posent de délicates questions liées au sort fiscal et social des cotisations qui pourraient aisément être satisfaites en se référant au droit, d'essence constitutionnelle, à l'égalité des citoyens devant les charges publiques.

II- La qualification juridique des garanties de prévoyance

Elles sont par nature un élément de rémunération. Il importe peu à cet égard qu'un degré élevé de solidarité en fasse une « convention collective de sécurité sociale ». La CJUE a par exemple considéré que les droits aux retraites AGIRC et ARRCO matérialisent un revenu professionnel, peu important d'un côté la mission d'intérêt général assumée par les caisses et d'un autre côté la solidarité nationale, interprofessionnelle, générale qu'elles mettent en œuvre. Il en sera de même s'agissant de garanties de prévoyance issues d'un accord mettant en œuvre une solidarité seulement professionnelle, de surcroît ciblée (sur tel ou tel avantage).

De ce constat résulte la soumission de ces garanties au principe d'égalité de traitement dont le droit de la sécurité sociale a fait application pratique particulière s'agissant du sort social des cotisations. On ne s'y étendra pas ici, d'autant que ceci ne concerne pas que la prévoyance lourde. Par contre et s'agissant des discriminations liées à l'âge ou au sexe, une discrimination indirecte peut apparaître ; c'est le cas (par exemple) lorsque les travailleurs ayant une ancienneté inférieure à celle requise pour bénéficier des garanties sont majoritairement des femmes ou des jeunes.

Surtout est susceptible de poser problème un système de rente de conjoint survivant lorsque le montant de la rente totale est composé de deux parties, l'une assise sur la carrière arrêtée par le décès, l'autre sur celle potentielle jusqu'à l'âge (de ce fait théorique) de la retraite. L'ACOSS a tendance à considérer que les différences de montants qui en résultent, étant liées à l'âge, matérialisent une discrimination. Techniquement la différence est justifiée par le fait que pour la première période la rente complète, des pensions de sécurité sociale, ARRCO éventuellement AGIRC, au contraire de la seconde. À tout le moins, si discrimination il y a, elle dispose d'un but légitime lié à l'intérêt d'un montant identique des droits de réversion. Au demeurant si, comme le pratiquent certains assureurs, on évalue en points (AGIRC et ARRCO) – par référence à la carrière et à l'âge – le montant de la rente de réversion en incluant les droits potentiels de la période postérieure au décès, on évalue les droits à partir d'un même nombre de points que celui acquis avant le décès ; de ce fait, cette critique tombe. Or, l'économie des deux systèmes est identique, le but à atteindre étant le même.

S'agissant des indemnités journalières d'incapacité temporaire et des rentes d'invalidité est-il concevable qu'additionnées aux prestations du régime général elles conduisent à un revenu (net ?) supérieur au salaire ? Certes, ici ne vaut pas (contrairement à la solution pour la couverture complémentaire santé) le principe selon lequel l'assurance ne peut être source de profit. Pourtant l'objet de ces garanties étant (légalement du reste) de compléter celles du régime général, on peut s'interroger sur la pertinence d'une telle construction. Surtout s'agissant des rentes d'invalidité de deuxième catégorie dans la mesure où le contrat de travail étant rompu, elles ne subissent plus les cotisations de sécurité sociale sur la part correspondant à la quote-part patronale de la contribution. Dès lors en effet, le revenu brut et le net sont identiques

Dernier élément de réflexion : les garanties incapacité temporaires et invalidité ont vocation à ne faire qu'un, peu important les règles juridiques propres à chacune, en particulier venant du code des assurances. Le sinistre ouvrant droit à prestations invalidité doit de ce fait d'autant plus être considéré comme étant le même que celui permettant l'accès aux indemnités journalières résultant d'incapacités temporaires que, du fait de la loi Évin, les provisions doivent être constituées, pour l'un et l'autre risque, dès la survenance du sinistre. La même réponse doit être apportée s'agissant des garanties annexes (maintien des garanties décès pendant les périodes d'incapacité et d'invalidité). La jurisprudence est hésitante sur cette question. Les solutions différentes s'expliquent suivant que l'approche du problème est faite à partir du droit des assureurs (et ici, le code sollicité peut avoir un rôle) ou du droit des assurés (influencé nécessairement par la fonction protectrice du droit social).

Il n'y a pas par contre lieu de faire de distinction suivant que le sinistre intervient durant l'exécution du contrat de travail ou pendant la période de portabilité. En effet, les garanties de prévoyance ne deviennent pas, malgré le nécessaire choix de l'intéressé pour en bénéficier, un contrat individuel. De fait, la technique de portabilité a pour effet que l'intéressé continue à faire partie de la collectivité des actifs de l'entreprise, mais seulement pour les garanties collectives de prévoyance. Ceci devrait conditionner l'approche strictement assurantielle du problème.

III- Sort fiscal et social des contributions et des prestations

Étant donné que la règle de neutralité sous plafond des cotisations est commune à la retraite et à la prévoyance lourde même si les paramètres pour évaluer les seuils sont différents, on n'abordera pas ici cette question. Par contre, elle a un impact particulier sur les garanties de prévoyance dans la mesure où elle produit des effets sur le sort (fiscal et social) des prestations. Il n'est dès lors pas inutile de rappeler que la règle de neutralité fiscale, historiquement résultant de positions administratives, a eu pour effet, par comparaison avec le statut social de la fonction publique, de décliner le principe constitutionnel



d'égalité devant les charges publiques. Il est aussi important de souligner que si les formules retenues en droit fiscal et en droit social sont différentes, c'est essentiellement parce que, au plan fiscal, c'est la totalité de la cotisation qui est susceptible d'entrer dans l'assiette de l'impôt sur le revenu tandis qu'au plan de la sécurité sociale, seule la quote-part patronale est concernée... de surcroît tant que le contrat de travail n'est pas rompu. Ceci étant, cette référence peut aisément se décliner pour la retraite ; pour l'administration dans son 1^{er} BOCD de 1963, les contributions destinées au financement des retraites supplémentaires, qui ont en théorie la qualification de salaires, devaient être exonérées de l'impôt sur le revenu tant que leur montant ne permettait pas un total de revenus de substitution au salaire égal à la pension d'un fonctionnaire, soit 2 % du dernier salaire multiplié par le nombre d'années d'activité. C'est cela qui a conduit à la règle des 19 %, laquelle a ensuite conditionné, du fait de la loi du 29 décembre 1979 et de son décret du 23 juillet 1985, la règle de neutralité sociale... qui conduisait à la légalisation (loi du 11 juillet 1995) de la règle fiscale.

On peut admettre que ce principe constitutionnel vaille aussi pour la prévoyance lourde dès lors que le statut de la fonction publique prévoit le maintien du traitement en cas d'arrêts prolongés de travail mais la règle concrète est ici beaucoup moins rationnelle. C'est évidemment sans fondement pour la couverture complémentaire santé puisque dans la fonction publique, cette garantie n'est pas obligatoire. D'où du reste, la modification récente (LFSS 2014) inspirée des réflexions anciennes de M. FRAGONARD.

Les indemnités journalières d'incapacité de travail sont versées à l'occasion du travail et de ce fait entrent dans le champ du premier alinéa de l'article L. 242.1 du code de la sécurité sociale... lorsque les contributions nécessaires sont acquittées par l'employeur. Il n'en est pas de même si elles sont versées par le salarié car cela écarte toute relation avec le contrat de travail. Par voie de conséquence, si la contribution totale est partagée, seule la part des prestations correspondant à la quote-part patronale entre dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Étant donné que cette quote-part n'est neutre que dans une certaine limite, la part excédentaire, qui subit les cotisations de sécurité sociale, a pour effet que la part correspondante de prestations n'entre pas davantage dans l'assiette des cotisations. Bien qu'initiale par une situation créée avant la rupture du contrat de travail, les indemnités correspondant à une période postérieure à la rupture du contrat n'entrent plus dans cette assiette. Même si la gestion administrative de cette règle est malaisée, le principe en est clair.

S'agissant des rentes d'invalidité de 2^{ème} catégorie, on pourrait admettre que, dans la mesure où, par définition, l'intéressé ne peut plus effectuer aucun travail, elles n'entrent pas de droit dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale. La même règle a été cependant retenue que celle en vigueur pour les indemnités journalières dans la mesure où, malgré cet état, est exigée une initiative de l'employeur (c'est-à-dire un licenciement) pour que la rupture du contrat de travail soit consommée. À défaut, l'intéressé fait toujours partie des effectifs et donc pourra prétendre, à l'âge de la retraite, à l'indemnité légale ou conventionnelle de fin de carrière.

Une difficulté sérieuse apparaît toutefois lorsque l'acte fondateur des garanties (un accord collectif, voire, si elles sont mises en place au niveau de l'entreprise, un référendum ou une décision unilatérale de l'employeur précédée de la consultation du CE ou des DP) a pour effet la création simultanée des risques décès et incapacité-invalidité. La différence

entre les deux tient au fait que les prestations en espèces en cas de décès ne sont jamais susceptibles d'être soumises aux cotisations de sécurité sociale, qu'elles prennent la forme d'un capital ou d'une rente. Cette différence vient notamment du fait que le capital entre directement dans le patrimoine du bénéficiaire (ce qui du reste empêche qu'il entre dans l'assiette de l'impôt en cas d'héritage) et que les rentes d'orphelins ou de conjoint survivant, imposables fiscalement, sont versées à une ou des personnes n'ayant jamais été liées à l'entreprise par un contrat de travail.

La pratique s'est donc instaurée – dans certaines conventions collectives de branche – d'affecter la totalité de la contribution destinée au décès à l'employeur et de celle relative à l'incapacité temporaire au salarié. La seule justification de telles constructions, c'est de faire échapper aux cotisations de sécurité sociale les prestations en espèces. La construction est donc fictive. Elle est un bel exemple d'abus de droit, d'autant qu'il n'y a qu'un seul système (ou régime) couvrant deux types de risques. La cotisation est, dans son principe, globale. Sans même recourir à la thèse de l'abus de droit, il peut être mis en exergue que si on sépare les deux, la garantie incapacité-invalidité – dont la contribution est entièrement acquittée par le salarié – perd la qualification d'élément de statut collectif et devient potentiellement une activité sociale impliquant le caractère facultatif du dispositif.

Ces pratiques se sont instaurées – et n'ont jamais donné lieu à la moindre critique du ministère du Travail dans le cadre de l'extension, ce qui est tout de même surprenant – parce que la Cour de Cassation a admis, il y a fort longtemps, que, dans la mesure où la prestation était entièrement financée par le salarié, elle n'avait pas à subir les cotisations de sécurité sociale. Sans aller plus loin. Et il est curieux que l'ACOSS, souvent tatillonne quant à la détermination de l'assiette des cotisations, l'accepte !

Il est un dernier point qui mérite d'autant plus un développement que la position de la DSS, donc de l'ACOSS, est sujette à discussion. Relèvent de la qualification de prévoyance des garanties, comme celle liée à l'incapacité, ne complétant pas des prestations de sécurité sociale. Pour l'administration, les contributions y afférentes ne bénéficient de ce fait pas de la règle de neutralité sociale sous plafond résultant des alinéas 6 à 8 de l'article L. 242.1 du code de la sécurité sociale. Pourtant, en s'inspirant aussi bien de l'esprit des textes (en se référant à l'article 18 de l'ordonnance de 1945) qu'à la lettre du code de la sécurité sociale, il est possible de soutenir que sont concernées par la règle de neutralité sous plafond les contributions alimentant des prestations qui complètent la sécurité sociale (donc y compris lorsque n'existe pas de garantie de base) et pas seulement celles qui complètent les prestations de sécurité sociale. Pour l'incapacité, la question a été traitée par circulaire mais indirectement en introduisant une tolérance administrative, ce qui n'est pas totalement satisfaisant.

IV- L'intérêt général

Prévoir des revenus de substitution au salaire en cas d'arrêt de travail pour maladie peut être considéré comme relevant de l'ordre public en raison du calage de prestations sur le principe de dignité dont découle l'exigence de revenus raisonnables pour vivre et faire vivre sa famille. Non seulement les indemnités journalières servies par le régime général de sécurité sociale se situent dans cette perspective mais il en est de même de compléments versés par l'employeur, prévus par l'ANI du 10 décembre 1977 annexé à la loi sur la mensualisation du 19 janvier 1978. L'éclairage d'un même objet par deux codes – c'est assez fréquent s'agissant des travailleurs salariés – induit potentiellement des incohérences ainsi que des coûts de gestion injustifiés. Mais aussi une complexité inutile matérialisée par des solutions différentes pour des paramètres identiques (délai de carence, durée d'indemnisation, montant de l'indemnité, etc.).



D'où une première interrogation : ne serait-il pas préférable que, pendant une durée de x mois, la totalité des indemnités journalières soit mise à la charge de l'employeur et qu'elles soient exonérées de cotisations de sécurité sociale ou que à l'inverse les indemnités journalières versées par la CPAM soient portées à hauteur de 100 % du net ? Dans ces conditions, le relais avec les garanties complémentaires serait mieux balisé et le coût de gestion de la paye singulièrement simplifié.

La solidarité, principe du droit communautaire, hérité de la charte des droits fondamentaux qui a valeur de traité, permet l'accès, lorsqu'elle est un des objectifs de l'accord collectif de branche, à l'intérêt économique général s'agissant des garanties collectives de prévoyance ; sa mise en œuvre est un progrès social indiscutable en écartant les effets, sur le terrain des cotisations, de la sinistralité propre à une entreprise mais aussi en créant des droits non contributifs au profit de certaines populations. La solidarité malmène fortement le principe d'égalité de traitement, en même temps qu'elle titille à la fois la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle, conférant toutefois aux atteintes à celle-ci, de ce fait proportionnées, un but légitime. Au nom de l'intérêt général, il serait donc utile de revoir, s'agissant du régime identifié par la solidarité, les règles de déclinaison des effets du principe d'égalité de traitement telles qu'elles résultent des articles R. 242-1-1 à 6 du code de la sécurité sociale ; elles sont par contre en parfaite harmonie avec la qualification d'élément de rémunération différée d'un simple système de prévoyance dans lequel on se contente de fixer la nature et le niveau des prestations. Cette remarque vaut tout particulièrement pour la politique de prévention (composante de la solidarité) car elle a un effet positif sur le rapport sinistre/prime, y compris au bénéfice du régime de base.

Enfin, le souci de cohérence mais aussi d'intelligibilité de la loi – principe constitutionnel – milite pour une définition identique de l'état d'invalidité, de première comme de deuxième catégorie, dans le régime légal de sécurité sociale et dans les contrats d'assurance collective. Certes, certains acteurs du marché prennent la même définition mais d'autres s'inspirent plutôt de la règle (N – 33) / 33 résultant du code des assurances, ce qui peut conduire à des différences de niveau de prestations et surtout d'accès à celles-ci.

En (courte) conclusion, on peut soutenir que, au nom de l'intérêt général, est éminemment souhaitable une harmonisation totale des droits du travail et de la sécurité sociale en matière de garanties collectives de prévoyance, ceci malgré les finalités différentes de l'une et de l'autre de ces disciplines, car elles ont en commun une fonction protectrice génétique du travailleur. Cette exigence d'harmonisation s'impose d'autant plus que le droit de la protection sociale complémentaire est, comme le droit du travail, un droit du contrat. Mais alors il faut tenir compte de ce que l'éventuelle poursuite d'un objectif de solidarité – souhaitable puisque celle-ci est un principe du droit communautaire et contribue aux droits de l'Homme – rapproche les régimes relevant du 2^{ème} pilier de la qualification de sécurité sociale puisque, selon Jean-Jacques DUPEYROUX, sécurité sociale et solidarité sont consubstantielles.

Mutuelles, quel management pour répondre à quels enjeux ?

par **Antoine CATINCHI**, directeur général du groupe d'établissements mutualistes de l'agglomération lyonnaise RESAMUT / UMGEGL



Ancien Directeur Général de la Mutuelle du Ministère de l'Intérieur (MMI) de 2005 à 2007 et de la Mutuelle Générale de l'Économie des Finances et de l'Industrie (MGEFI) 2007 à 2014 et Directeur général adjoint du groupe mutualiste ISTYA de 2013 à 2015.

La gestion managériale d'une entreprise et les enjeux de sa stratégie en matière de ressources humaines sont extrêmement dépendants du contexte économique de son activité et des évolutions qu'il enregistre.

Le monde de la complémentaire santé n'échappe pas à cette règle. Il a connu ces dernières années des bouleversements considérables. L'accord national interprofessionnel de janvier 2013, transposé dans la loi du 14 juin de la même année, instituant la complémentaire santé pour l'ensemble des salariés, n'est que l'un des événements qui, depuis plus d'une décennie sont venus modifier l'environnement économique dans lequel évoluent les opérateurs, notamment les mutuelles, et qui leur impose de rechercher en permanence les solutions pour optimiser leur activité.

Sous la pression de plusieurs évolutions et réformes, elles ont dû ajuster leur mode de fonctionnement et globalement, développer leur rentabilité,

Les mutuelles ont dû faire face à des évolutions fortes de leur environnement

La réglementation prudentielle a été un premier facteur contraignant qui a pesé sur leur gestion. Les programmes « Solvabilité 1 », puis « Solvabilité 2 », réformes réglementaires européennes du monde de l'assurance ont, dans la lignée de « Bâle 2 » qui concernait le système bancaire, imposé la majoration de leurs fonds propres aux acteurs de l'assurance et de la réassurance pour mieux couvrir les risques que ceux-ci encourent dans leur activité. Contraintes sur le niveau de leurs fonds propres mais aussi sur la mise en place de procédures extrêmement lourdes sur leur mode de gouvernance. L'action de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution) pour le déploiement de ces règles a été un facteur essentiel de recomposition.

Pour des acteurs disposant d'une certaine « surface d'activité », ces exigences ont été intégrées dans la gestion de leurs réserves et ont été prises en compte dans le développement des produits qu'elles distribuaient. 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 conduit à rechercher des solutions d'adossement à d'autres opérateurs. C'est dans ce contexte que des mutuelles ont ainsi transféré leur risque assurantiel à d'autres organismes dans le cadre



de convention de substitution (au tournant des années 2010, 40 % des mutuelles étaient substituées), voire à envisager de réaliser des fusions d'entreprises. L'effet le plus remarquable qui en est résulté a été un formidable mouvement de concentration : les mutuelles qui comptaient encore plus de 1 200 unités en 2005, sont moins de 300 aujourd'hui.

Un deuxième facteur de déstabilisation du modèle économique des mutuelles a été la formidable hausse de la fiscalité attachée à leur activité de complémentaire santé. L'assimilation progressive au régime de l'ensemble des acteurs lucratifs du marché les a exposées à des coûts nouveaux. La loi du 13 août 2004 avait exonéré les contrats jugés responsables et solidaires, diffusés notamment par les mutuelles, du paiement de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) qui s'élevait à 7 %. La loi de finances pour 2011 a modifié le dispositif existant en soumettant à compter du 1^{er} janvier 2011 à la taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA), anciennement TCA, ces contrats de « complémentaire santé » responsables et solidaires au taux réduit de 3,5 %. La même année, une loi de finances rectificative a doublé, au 1^{er} octobre 2011, ce taux pour les contrats dits responsables à 7 % et augmenté le taux applicable aux contrats non responsables, le portant de 7 % à 9 %. Il faut enfin noter que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 est venue, à nouveau, modifier le dispositif : la taxe pour les contrats autres que « solidaires et responsables » est passée au 1^{er} janvier 2014 de 9 % à 14 %.

Exigences prudentielle en hausse, fiscalité aggravée, les mutuelles ont vu, en outre, leur environnement modifié. Sont entrés sur leur marché, plus ou moins protégé – très protégé pour les mutuelles de la fonction publique –, d'autres opérateurs du secteur marchand rompu aux techniques de commercialisation de produits d'assurance, sociétés d'assurance, banques, avec lesquelles elles se sont trouvées en concurrence notamment sur la souscription des contrats individuels.

Dans un contexte où le taux de marge s'est sensiblement réduit, en lien notamment avec ce phénomène concurrentiel, les mutuelles ont dû adopter des stratégies actives pour, dans un marché quasi « saturé », être en capacité, défensivement, de maintenir leur part de marché, voire la développer, offensivement, en gagnant sur les autres opérateurs.

Dans la composition de leur charges, on a vu s'envoler leurs « coûts d'acquisition », moyens mis en œuvre pour développer la souscription de nouveaux contrats : réseau de développement commercial, publicité et communication, etc.

Cet environnement concurrentiel, allié à des attentes exprimées par les adhérents, s'affirmant de plus en plus comme des consommateurs exigeants, leur a imposé, non seulement de mettre à niveau leurs offres en termes de produits et de services offerts, mais aussi à développer l'innovation dans ces domaines, facteur clé de différenciation sur ce marché. Innovation, diversification pour répondre au plus près à la demande personnalisée de l'adhérent, ont nécessité le renforcement de leur capacité d'expertise pour approcher le point d'équilibre économique des contrats et un renforcement de leur expertise financière et actuarielle. Là encore, des investissements conséquents ont dû être réalisés.

Toutes ces évolutions, consommatrices de ressources nouvelles, ont bien sûr imposé des recherches d'économie dans tous les autres domaines de leur gestion et en particulier, sur ce qui concerne les activités opérationnelles du back-office, gestion du fichier, gestion des contrats, liquidation des prestations et la recherche d'optimisation dans l'organisation de ces fonctions.

On voit donc que, bien avant d'être percutées par la généralisation de la complémentaire santé, les mutuelles avaient vu leur modèle économique, quasiment stable jusqu'au début des années 2000, très fortement bouleversé par les mutations de leur environnement.

La généralisation de la complémentaire santé – d'ailleurs très incomplète si l'on considère que fonctionnaires, chômeurs, étudiants et retraités en étaient exclus – a constitué une autre étape de déstabilisation pour certaines mutuelles. Dans un marché dont on a indiqué qu'il n'offrait que peu d'opportunités de développement compte-tenu du fort taux de couverture de la population et plus particulièrement, de la population salariée, l'effet prévisible a été un déplacement du contrat santé individuel vers le contrat collectif d'entreprise.

Or, à l'exception de quelques mutuelles qui s'étaient déjà positionnées sur le marché du contrat collectif, beaucoup se sont trouvées exposées au risque de voir leur portefeuille d'adhérents individuels fondre sous l'effet du développement du contrat obligatoire d'entreprise... La réponse a été de mettre en place de nouvelles offres pour être présentes sur ce marché et de s'inscrire dans la concurrence des appels d'offres de branches ou d'entreprise. Mais dans ce domaine, les Institutions de Prévoyance (IP), organismes paritaires, proches des partenaires sociaux qui au sein des branches professionnelles vont orienter le choix en matière de protection sociale, sont déjà très bien positionnées et ont un savoir-faire dans ce domaine très développé. Elles possèdent vis-à-vis de beaucoup de mutuelles une longueur d'avance, notamment pour maîtriser les risques des portefeuilles couverts et pour définir la tarification de ces offres collectives. Pour être concurrentielles sur ce marché, les mutuelles auront à progresser très vite en matière de stratégie d'acquisition mais également de gestion, tant les conditions de gestion de ces contrats collectifs sont différentes de celles des contrats individuels.

Une adaptation indispensable qui suppose une reconfiguration de ressources humaines

En synthèse, les mutations de l'environnement des mutuelles vont appeler une adaptation forte de leur gestion. Elle va s'opérer sur les axes suivants :

- ▼ Disposer de la taille critique pour répondre positivement aux exigences de solvabilité,
- ▼ Réduire leurs coûts de gestion opérationnels pour absorber l'augmentation de la fiscalité et dégager les marges permettant d'investir dans le développement de fonctions nouvelles,
- ▼ Être en recherche permanente d'innovation, de différenciation en matière d'offres et de services, pour maintenir et développer leurs parts de marché,
- ▼ Être en capacité d'être un acteur crédible sur le marché de la complémentaire santé collective qui est appelée à devenir le mode de couverture majoritaire.

Ces impératifs que vont intégrer les mutuelles dans leur stratégie de gestion vont avoir un impact fort sur leur approche de leur gestion managériale.

Quels objectifs vont-elles alors poursuivre et comment va s'opérer cette reconfiguration ?

Trois domaines vont faire l'objet d'une attention particulière de la part du manager de l'entreprise mutualiste.

Le premier concerne les conditions de la mise au point des produits qu'elles proposent sur le marché.



En santé, les offres des mutuelles sont historiquement calées en « complément » des prestations de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de fait, sont restées très longtemps peu différenciées entre les opérateurs, si ce n'est le positionnement du curseur du complément (taux de remboursement complémentaire). Or, depuis quelques années, on voit apparaître, non sans relation avec ce que proposent d'autres acteurs, des prestations qui ne se sont pas seulement définies dans leur rapport avec celles de l'AMO mais qui incluent des prises en charge de dépenses non remboursées par elle. On citera par exemple le développement de garanties qui assurent la couverture des actes d'homéopathie, d'ostéopathie...et celui des actes de prévention.

Penser ces offres, être à l'écoute des attentes des adhérents et du marché, savoir « packager » ces produits est l'affaire de nouveaux collaborateurs qui, totalement absents des effectifs de ces organismes il y a encore une vingtaine d'années, sont venus enrichir leurs équipes. On compte aujourd'hui dans les mutuelles des professionnels de santé, des équipes marketing qui prennent en charge ces évolutions des offres santé.

En matière de santé, autant que sur les produits, la différenciation s'opère sur le service : la mise à disposition de l'adhérent de l'ensemble des moyens d'information, de communication, l'organisation de réseaux de soins, de professionnels de santé qui répondent vite et bien à leur besoins. D'où le développement d'une ingénierie et d'équipes en capacité de relever le défi de la numérisation et de la constitution des plateformes de services d'orientation médicalisée et de prises en charge. Il s'agit là d'un nouvel impératif dans les moyens qu'elles ont à mettre en place.

La santé n'est pas le seul domaine d'intervention des mutuelles. Rappelons qu'elles sont historiquement nées de la prévoyance et les produits de prévoyance occupent, parce que ce domaine appartient à leur cœur d'activité, une place encore essentielle. Elles ont, compte-tenu des contraintes et exigence d'équilibre économique, dû, là encore, renforcer leurs moyens humains. Aucun produit de prévoyance, de couverture de l'incapacité, de l'invalidité n'est mis sur le marché sans recourir à des études actuarielles qui répondent à la nécessité de garantir une maîtrise de leurs risques et leur solvabilité à long terme. La plupart des mutuelles ont dû, pour ce faire, constituer des équipes dédiées à cet aspect de la définition de leurs produits et se doter de professionnels aguerris à ces approches.

Les mutuelles ont été amenées, on le voit, à recruter, essentiellement en externe, des collaborateurs d'un type nouveau, souvent très qualifiés pour accompagner les évolutions de leurs produits.

Le deuxième secteur qui a nécessité des investissements humains considérables, c'est le développement commercial.

Dans un contexte qu'on a décrit très concurrentiel, les mutuelles ont développé des moyens nouveaux en matière de communication « multicanale », de réseaux d'agences, en mettant en place de nouvelles organisations professionnelles. Des recrutements ont été opérés, souvent là aussi en externe, de profils issus du secteur des activités d'assurance. Dans ce domaine, elles ont cependant, été amenées à proposer à des collaborateurs jusqu'alors mobilisés sur des activités de gestion de back office d'élargir leur pratique à des fonctions de « relation clients », cette dimension de leur activité devenant une composante essentielle du développement de leur qualité de service : fidéliser les adhérents, aujourd'hui où la

conservation des parts de marché est vitale, passe en effet par une démarche proactive qui suppose de mobiliser des professionnels pour établir, entretenir le contact avec l'adhérent. Cela explique le développement continu des plateformes de relation-client, non seulement pour apporter une réponse aux appels et messages des adhérents, mais où l'on pratique aussi « l'appel sortant » pour manifester la proximité de l'assureur vis-à-vis de son client.

En outre, la réorientation des contrats individuels vers les contrats d'entreprise a été un fort moteur pour spécialiser des services entiers vers une pratique nécessitant des compétences nouvelles et spécifiques.

Derrière ce développement des fonctions commerciales, c'est, à l'heure de la révolution numérique et des nouveaux supports de communication, l'exigence d'être en capacité de disposer des outils portés par des collaborateurs rompus aux nouvelles technologies, nouveaux langages et nouvelles pratiques (web, réseaux sociaux...).

Le troisième secteur qui a été fortement affecté par les mutations de l'environnement des mutuelles est celui de la production, soit, dans une mutuelle, la gestion des prestations.

À l'inverse des domaines précédemment cités, il n'a pas connu d'expansion des ressources humaines, bien au contraire. Le développement des transmissions par flux électroniques, qui n'est d'ailleurs pas encore achevé à ce jour, a considérablement réduit la part des traitements manuels dans la gestion de la liquidation des prestations et les échanges avec les professionnels de santé. Le projet ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires) piloté par le Ministère, devrait également aboutir à une facturation totalement dématérialisée des établissements de santé vers les mutuelles.

Ces nouveaux modes de fonctionnement ont permis une reconfiguration de leurs centres de gestion. Ils ont notamment autorisé un ajustement en temps réel des charges de travail entre centres, une répartition sur le territoire totalement déconnectée de la proximité avec les adhérents, et un dimensionnement repensé : ni de trop grandes unités au management complexe et à la performance médiocre, ni de petites unités inférieures à la taille critique minimale. Leurs effectifs ont vu leur productivité croître de façon exponentielle et leur nombre considérablement réduit.

En outre, la nature des emplois a aussi en ce domaine évolué : à des emplois de liquidateurs de feuilles de soins, souvent peu qualifiés, aux tâches répétitives, se substituent des fonctions de techniciens, experts de la législation sociale et des contrats, en capacité de gérer les cas complexes, issus des « rejets » des gestions automatisées. Ces évolutions ont aussi dû être accompagnées par un fort développement des systèmes d'information et de professionnels qualifiés en la matière. Des investissements informatiques, parfois lourds ont été nécessaires pour mettre en place ces chaînes et outils de traitement, mais ils ont été source non seulement de performance en matière de délai de traitement, mais aussi de fiabilité et de qualité dans les processus de gestion.

En synthèse, on voit que la gestion des ressources humaines d'une mutuelle va essentiellement consister à reconfigurer ses effectifs en :

- ▼ Réduisant les emplois affectés à la production, à la gestion en back-office, sauf ceux en rapport avec les fonctions d'expertise très qualifiées,
- ▼ Structurant les fonctions d'ingénierie technique dans plusieurs domaines : conception de produits et marketing, finances et actuariat, systèmes d'information et de communication,
- ▼ Développant les fonctions de « front office », commerciales et de relation et de services aux adhérents.



Les axes majeurs de la conduite de la mutation RH des mutuelles aujourd'hui

De quels atouts disposent les mutuelles pour conduire ces mutations ?

- ▼ Les mutations technologiques autorisent, on l'a dit, depuis plusieurs années des gains considérables en ressources humaines dans les chaînes de gestion. La dématérialisation des flux de gestion, le traitement automatisé des opérations de liquidation des prestations, dont les taux très élevés continuent de progresser années après années, et se traduisent par des gains de productivité majeurs et donc, des capacités de redéploiement d'emplois,
- ▼ Au sein de mutuelles cinquantenaires, on est à l'heure du départ de la génération des collaborateurs issus « baby-boom », majoritairement affectés aux fonctions de gestion. Cela a conduit à une réduction naturelle des effectifs et donc, offert une capacité à réorienter les emplois vers les nouveaux métiers, plus qualifiés et moins nombreux.
- ▼ Un lien fort des collaborateurs à leur entreprise : on constate un fort attachement des salariés mutualistes à la mission sociale de leur organisme employeur, leur capacité de mobilisation pour contribuer à la recherche de réponses pour améliorer le service rendu aux adhérents est une réalité sur laquelle une direction de mutuelle peut s'appuyer pour engager des restructurations lourdes de l'organisation des activités, d'autant que la qualité du dialogue social est généralement plutôt bonne dans des organismes dont les employeurs s'affirment comme soucieux de leur responsabilité sociale.

Comment dans ce contexte, une entreprise mutualiste va-t-elle conduire ses mutations ?

Si l'on modélise une démarche d'adaptation, on pourrait schématiquement décrire le processus suivant.

Le cadrage général des actions à mettre en œuvre va naturellement s'inscrire dans la définition d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). Cette gestion vise à adapter la ressource humaine aux besoins qui ressortent aux priorités stratégiques de l'entreprise.

La première étape de la démarche, vis-à-vis des collaborateurs, après avoir partagé ces orientations stratégiques, va être de clarifier la cible de l'organisation et d'en préciser l'échéance : les unités supprimées, conservées et nouvelles, le contenu en emplois et, précisément, en compétences recherchées.

L'affichage concomitant des objectifs en termes de réduction des emplois consacrés à la gestion, la programmation des départs naturels à trois ans, l'affichage d'un solde des emplois à reconverter sont les étapes suivantes.

Sur ces bases, commence alors la définition, en lien avec les instances représentatives du personnel, des modalités d'accompagnement des professionnels, la construction des parcours des collaborateurs en poste pour les inscrire dans ce cadre programmé.

Les outils mobilisés vont bien sûr être le recours aux formations, notamment celles, et c'est un mouvement fort dans les mutuelles, qui vont permettre le passage de fonctions de « back-office » vers les fonctions de « front-office », de relation avec les adhérents... voire vers des fonctions commerciales.

La validation des acquis de l'expérience (VAE) sera une autre voie explorée pour faciliter les transferts d'effectifs vers de nouvelles fonctions.

La restructuration peut viser aussi à déplacer géographiquement des emplois (fermeture de centres de gestion, fonctions création d'unités nouvelles sur des sites nouveaux...). La mutuelle peut dans ces situations mettre en place des mesures d'aide à la mobilité (prime dédiées, accompagnement à l'installation...).

Comme on l'a indiqué, les nouveaux besoins des mutuelles vont majoritairement concerner des emplois assez, voire très, qualifiés, de spécialistes ou d'experts qu'il ne sera pas simple de satisfaire par la promotion individuelle au sein de l'entreprise et l'appel aux recrutements externes va être dans les plupart des cas privilégié.

Au-delà des opportunités de création de postes offerts par la restructuration, au-delà de l'engagement des collaborateurs dans des formations pour lequel le volontariat est requis, il est rare que les solutions couvrent parfaitement les situations et il est fréquent, compte-tenu de l'ampleur de l'adaptation à opérer, que les employeurs ne soient pas en mesure d'apporter à chacun des collaborateurs une proposition d'emploi dans le nouveau dispositif.

C'est la raison par laquelle, même en dehors d'une opération de regroupements, voire de fusions d'entreprises, la GPEC d'une mutuelle doit nécessairement intégrer la dimension de « l'employabilité » des collaborateurs, en interne mais aussi en externe.

En effet, dans les réorientations d'emplois à opérer, les solutions ne sont pas toujours accessibles au sein de l'entreprise, mais l'employeur a la responsabilité de préparer, par la formation, ses salariés à se positionner sur de nouvelles fonctions recherchées, prioritairement sur le marché de l'assurance. Même si elles ne correspondent pas à un besoin de renforcement au sein de la mutuelle et ne feront pas l'objet d'une proposition en interne, ces formations, définies avec le salarié et en regard de son projet professionnel, constituent une modalité pour lui permettre de trouver une solution d'emploi pérenne.

Cette dimension doit être impérativement inscrite dans la démarche GPEC

Pour les besoins de cette présentation, nous avons décrit ici les étapes d'un processus d'adaptation d'une structure vers un nouveau modèle d'organisation. Dans les faits, ces évolutions sont bien évidemment plus progressives, elles sont mises en œuvre sur des mois et des années, ce qui favorise la mise en œuvre de solutions dans le temps, mais les principes et les difficultés restent les mêmes.

Une animation managériale en phase avec les enjeux

Par-delà la restructuration des secteurs contributeurs aux fonctions vitales de la mutuelle, c'est l'animation managériale qui va être essentielle pour atteindre la performance recherchée.

De plus en plus d'entreprises mutualistes s'inscrivent aujourd'hui dans des démarches de certification externe, de labellisation, d'engagement de services... Les actions autour des concepts de « responsabilité sociétale des entreprises » (RSE) s'y multiplient. Ces labels, largement mis en exergue



dans la politique de communication des mutuelles, sont des opportunités internes pour mobiliser leurs collaborateurs sur des projets qui appellent l'adhésion des salariés, leur contribution pour améliorer constamment pratiques et procédures afin d'être en phase avec des objectifs de résultats économiques, commerciaux ou de qualité de service.

Comme dans beaucoup de secteurs de la vie économique, le management dans les mutuelles a évolué : s'appuyant sur un encadrement de professionnels, de moins en moins issus de la promotion interne, formés aux techniques managériales, elles intègrent aujourd'hui les invariants d'une gestion des ressources humaines efficace. À ce titre, on peut noter le niveau de recrutement des DRH dans ces entreprises dont on a évoqué la taille grandissante et la place qu'ils occupent aujourd'hui au sein des comités de direction pour peser dans gestion des stratégies d'entreprise.

En définitive, comme tous les acteurs de la vie économique, les mutuelles, confrontées aux contraintes nouvelles de leur environnement, doivent adapter leur gestion. Ces adaptations sont continues et la reconfiguration de leurs équipes s'effectue au fil du temps. En décrivant les dimensions très opérationnelles de ces réalités, nous sommes conscients que ces réponses ne constituent pas à elles seules une garantie de pérennité de ces entreprises. Il n'est pas exclu qu'elles doivent, pour n'être pas seulement dans un mouvement de réaction face à une nécessaire adaptation, entreprendre demain, outre la poursuite de leur croissance interne, une réflexion sur de nouvelles activités, au-delà de l'assurance santé et la prévoyance, pour une meilleure maîtrise de leur développement. Il appartiendra aux acteurs du mouvement mutualiste, qui s'y sont déjà attelés, à définir ces nouvelles stratégies.

Libres propos sur un nouvel acteur dans notre système de santé : les plates-formes de santé

Par **Marianne BINST**, *Directrice générale de SANTÉCLAIR*



Diplômée de l'Institut d'Études Politiques de Paris et docteur en sociologie des organisations, Marianne Binst est également ancienne élève de l'École de santé publique de Harvard (USA).

Elle a consacré l'ensemble de sa carrière au secteur de la santé, en passant dix ans à la tête du département santé de Bossard Consultants, cinq ans aux AGF. Depuis 2003, elle est Directrice générale de Santéclair, entreprise d'aide au consommateur dans le domaine de la santé.

C'est en 2003 que Santéclair a été créée. L'entreprise est issue de la fusion d'un service de même nature chez AGF et chez MAAF/MMA.

Le constat était fait de part et d'autre que la taille critique était fondamentale pour développer ce nouveau métier et qu'aucun assureur complémentaire n'était assez puissant pour le faire seul.

Santéclair compte aujourd'hui neuf millions de clients au travers de 46 complémentaires (Mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance, courtiers) et bientôt dix millions avec l'arrivée des clients de MACIF en janvier 2017.

Nous traiterons en 2016 plus de deux millions de demandes de clients. Ceux-ci nous sollicitent soit pour avoir accès à nos réseaux de soins ou à nos systèmes de devis / conseil ou encore à nos applications d'orientation dans le système de santé.

Ce nouveau métier que nous avons créé est désormais concurrencé.

Il existe cinq plateformes concurrentes qui développent en partie les mêmes services de réseaux et de devis.

Ces plateformes concurrentes ont entre neuf millions de clients (KALIVIA) et quatre millions (ISTYA) en passant par ITELIS (six millions) ou SÉVÉANE (six millions) ou Carte Blanche (six millions).

Au total, ce sont 41 millions de Français qui ont accès à l'une de ces « plateformes de santé » via leur complémentaire.

Le phénomène n'est donc plus « marginal ». Il reste pourtant hors des écrans radar de la Sécurité Sociale ou du ministère de la santé qui ne s'y intéressent pas ou peu.

L'activité de Santéclair s'est principalement développée dans les domaines où les complémentaires constituent le payeur principal, à savoir l'optique, le dentaire, l'audioprothèse, l'ostéopathie, la diététique, l'automédication.



Dans ces secteurs, nous aidons à réduire l'asymétrie d'information pour le consommateur et pesons sur le prix au travers de processus d'appel d'offre aux cahiers des charges très précis aussi bien en termes de tarifs que de critères de qualité ou d'exigence de services.

Nous avons ainsi 3 000 opticiens partenaires dont le tarif des verres est inférieur de 40 % au prix du marché pour nos clients. Nos partenaires ne vendent que des verres de grandes marques. Nous avons en effet sélectionné trois verriers prestigieux : Essilor, Karl Zeiss Vision et Seiko dans le cadre d'un autre appel d'offre. Précisons par ailleurs que les opticiens sélectionnés par Santéclair proposent une remise en magasin de 15 % sur les montures.

Nous avons aussi un réseau de 2 900 chirurgiens-dentistes, 300 orthodontistes et une cinquantaine de centres d'implantologie.

Notre tout récent appel d'offre en audioprothèse nous a permis de sélectionner 750 centres partenaires avec des prix inférieurs de 35 % à ceux du marché.

Depuis peu, Santéclair a aussi commencé à s'intéresser au secteur de l'hospitalisation devenu dans bien des contrats le premier poste de dépenses des complémentaires. Nous avons lancé début 2016 un réseau en chirurgie orthopédique et expérimentons un réseau en Ile-de-France sur la chirurgie de la cataracte. Nous disposons aussi d'un site d'orientation en chirurgie, cancérologie et obstétrique calculant le reste-à-charge des clients à partir des devis qu'ils nous fournissent. Sur ce site, les bénéficiaires de nos services ont également accès à un palmarès des établissements de santé situés à proximité de chez eux.

Notre action n'a donc pas vocation à être cantonnée aux secteurs dentaires / optiques ou de l'audioprothèse mais à tous les secteurs de la santé où les clients sont en attente d'informations et où la concurrence peut jouer.

Aucune plateforme n'a cependant développé des services dans le domaine de la médecine de ville. L'adoption de la loi Leroux sur les réseaux de soins a en effet donné lieu à un important lobbying des syndicats médicaux qui ont obtenu que les réseaux de soins soient interdits de négociations avec les médecins. Les syndicats redoutent en effet notre capacité d'action.

J'illustrerai les principales différences dans nos méthodes de négociations avec les professionnels de santé par rapport aux négociations conventionnelles, puis les principaux problèmes rencontrés mais aussi les atouts et les appuis dont nous disposons.

Enfin dans un monde en mouvement, je préciserai les opportunités qui se présentent à nous et dans quelle mesure l'activité des réseaux de soins pourrait s'articuler avec les prérogatives du régime obligatoire.

I- Une négociation prix/volume selon les règles de mise en concurrence

Nos négociations pour aboutir à un réseau de soins utilisent les outils du marché... bien loin des négociations conventionnelles.

Chaque marché est différent.

Avant de lancer un appel d'offre, il faut comprendre les marges de manœuvre possibles.

▼ **Quelle est la rentabilité de ce marché ?**

Quels sont les revenus des professionnels ?

Si la rentabilité est forte, la négociation pourra être plus ferme.

▼ **L'élasticité prix/volume est-elle grande ?**

Dans un même magasin optique, on peut par exemple multiplier les ventes par deux ou trois sans changer les coûts de production en dehors du prix d'achat des équipements. En revanche, un ostéopathe qui passe en moyenne 45 minutes avec ses clients en travaillant de ses mains et sans plateau technique aura une très faible élasticité prix/volume.

▼ **Quelle est notre capacité à déplacer le client et à quels arguments est-il sensible ?**

Si le client n'y trouve pas un intérêt, il ne modifiera pas ses habitudes de consommation. La baisse du reste à charge pour le client est un élément significatif.

Dans les domaines où son reste à charge est nul ou très faible il sera difficile d'agir.

En revanche, lorsque vous divisez par deux le reste à charge moyen en audioprothèse ou en implantologie, la capacité à orienter les clients vers les professionnels du réseau est grande. La distance qu'il est prêt à parcourir pour obtenir cette baisse des coûts est aussi variable selon les secteurs. Par exemple, on se déplacera plus facilement pour se faire poser des implants dentaires que pour suivre un traitement d'orthodontie.

▼ **Quel est le niveau de « confiance » actuel du client envers son praticien ?**

Le secteur de l'optique ne déclenche que très peu la confiance des clients alors que dans le secteur dentaire, en omnipratique notamment, il faudra beaucoup rassurer les clients sur la qualité pour les faire changer de prestataires et cela, même si le reste à charge diminue.

Dans ce secteur, nous avons mis en évidence que 38 % des clients qui nous avaient sollicités pour l'analyse d'un devis prothétique n'avaient pas entrepris de soins un an plus tard. Le renoncement aux soins est proportionnel au reste-à-charge mais est souvent préféré au changement de praticien pour payer moins cher.

▼ **Le marché est-il national ou local ?**

Nous négocions par exemple les mêmes tarifs en optique ou en audioprothèse dans toute la France (hors DOM-TOM) alors qu'en dentaire, chirurgie ou ostéopathie, nos tarifs sont zonés. L'important est de tirer le prix du marché vers le bas, pas d'obtenir systématiquement un prix unique dans toute la France.

Si on négocie un prix national dans un marché structuré localement, on risque de choisir un tarif qui constitue un effet d'aubaine pour les villes peu chères et un effet repoussoir pour les villes chères.

▼ **Le cycle d'adaptation du marché est-il long ou court ?**

Si, par exemple, il existe un *numerus clausus* très faible de formation des professionnels comme dans le secteur de l'audioprothèse ou de l'orthodontie, vous ne pouvez pas être sur des cycles rapides d'évolution du jeu concurrentiel. C'est le contraire qui se produit dans le secteur de l'optique ou de l'ostéopathie.

▼ **Existe-t-il des obstacles à la concurrence ?**

Dans ce cadre, le rôle des ordres ou des syndicats professionnels doit être analysé.



Les syndicats sont-ils puissants, suivis ? L'ordre est-il « indépendant » ou très proche du pouvoir syndical comme en dentaire ?

Toutes ces questions éclairent une logique de marché bien différente de la logique des négociations conventionnelles.

Nous cherchons à convaincre environ 10 % d'une profession de nous rejoindre, en général les plus innovants ou ceux qui ont le plus d'enjeux à attirer de nouveaux clients.

Dans le cadre des négociations conventionnelles, le simple fait de négocier avec les syndicats ne permet pas d'obtenir plus que le plus petit commun dénominateur de la profession ; c'est-à-dire bien peu de choses pour le consommateur ou pour le payeur et dans un cadre national tenant peu compte du marché réel ou des besoins spécifiques de telle ou telle population.

II- La vie des plateformes de santé n'est pas un long fleuve tranquille

Le développement de notre métier s'est heurté à de nombreux obstacles.

▼ **L'absence d'accès aux données nous oblige à constituer nos propres bases de données ; ce qui est long et coûteux.**

Les assureurs sont privés d'accès aux données de santé et les bases de données statistiques de la sécurité Sociale restent désespérément fermées. Pourtant sans données, impossible d'analyser le marché, de bien négocier avec les professionnels et de bien renseigner les clients / consommateurs. C'est donc au travers des systèmes d'analyse de devis que nos bases de données se sont peu à peu constituées.

▼ **L'opposition de nombreux syndicats ralentit la mise à disposition de nos services aux consommateurs.**

Les syndicats des professionnels de santé sont le plus souvent nativement hostiles à la concurrence. Ils préfèrent un marché opaque, cher et où la qualité n'est pas mesurée.

Fort heureusement, beaucoup de professionnels de santé ne se reconnaissent pas dans la vision rétrograde des nombreux syndicats et sont prêts à faire valoir leurs avantages concurrentiels ou leur savoir-faire via les réseaux.

La principale difficulté reste cependant le rôle des conseils de l'ordre, notamment celui des chirurgiens-dentistes, qui utilisent très souvent, sans aucune base légale la menace de sanctions ordinales pour décourager les dentistes de contractualiser avec des réseaux.

L'ordre des dentistes a déjà été condamné par l'Autorité de la Concurrence pour ces pratiques mais elles n'ont pourtant jamais cessé et nous avons à nouveau dû déposer une plainte en 2015.

▼ **Le législateur a du mal à laisser jouer la concurrence.**

La loi Leroux devait à l'origine permettre aux mutuelles la mise en place de contrats prévoyant un meilleur remboursement pour les clients privilégiant les praticiens des réseaux de soins.

Cette possibilité existait pour les assureurs ou les institutions de prévoyance mais les mutuelles avaient besoin d'une évolution législative pour y être autorisées.

Ce point technique a été résolu, mais au passage, a donné lieu à une loi beaucoup plus large sur les réseaux de soins, restreignant significativement leurs marges de manœuvre. Le point le plus choquant est l'interdiction qui leur est faite de négocier avec les médecins, privant ainsi les Français de la possibilité de fréquenter des médecins ayant un contrat avec Santéclair ou une autre plateforme de soins sur la base d'un bon rapport qualité / prix.

Autre point choquant, l'interdiction de la mise en place d'un numerus clausus dans le cadre de ces négociations, sauf en optique. Cet outil permet pourtant de garantir à un professionnel de santé signataire un apport de clientèle significatif. Il est intéressant de voir que le numerus clausus est très apprécié des syndicats médicaux lorsqu'il leur permet de maintenir une concurrence faible et des tarifs élevés (en orthodontie ou en audioprothèse par exemple) mais qu'il est honni dès lors qu'il permet aux réseaux d'obtenir de plus grands avantages pour les consommateurs.

Au-delà de cette loi spécifique sur les réseaux de soins, il est à noter que le législateur modifie régulièrement le cadre d'exercice des réseaux sans même sembler s'en rendre compte. Par exemple, le tiers-payant généralisé s'appliquant aussi en dentaire, optique ou en audioprothèse retire un atout important aux réseaux qui avaient pour beaucoup réservé le tiers-payant à leurs partenaires dans ces secteurs.

De la même façon, les contrats responsables ont érigé des normes de remboursement en optique sans tenir compte des réseaux. Par exemple, le minimum de remboursement obligatoire en verres multifocaux s'est retrouvé à deux-cents euros alors que l'offre « économique » dans le réseau Santéclair était à 120 euros. Il a fallu dès lors rajouter toutes sortes de suppléments à cette offre « économique » pour suivre la surenchère du législateur au travers des contrats responsables.

▼ **La faiblesse des normes d'évaluation des dispositifs médicaux ou des professionnels de santé complexifie la tâche des réseaux.**

Dès lors que nous obtenons des tarifs attractifs, il faut pouvoir aussi prouver que la qualité est au rendez-vous, d'autant plus que nos détracteurs du monde syndical utilisent sans arrêt cet argument de moindre qualité dans les réseaux. Ils n'ont pourtant jamais poussé à la création d'outils d'évaluation de la qualité dans leur secteur. En dentaire, nous disposons de quelques référentiels de qualité des soins de la HAS. C'est mieux que rien. En optique ou en audioprothèse, aucune publication scientifique évaluant ces dispositifs ou leur distribution n'existe. Cela complexifie notre travail car nous devons faire émerger ces normes en même temps que nous créons ces réseaux. Nous avons ainsi beaucoup contribué à l'émergence de la norme AFNOR pour la distribution en optique. Nous avons aussi à plusieurs reprises mené, avec des journaux de consommation tels que « Que Choisir » ou « 60 millions de consommateurs », des évaluations des dispositifs médicaux tels que des couronnes dentaires en fonction des fabricants, des verres optiques de différentes marques ou de génération différente ou encore de dispositifs auditifs.

Avec l'Inserm, nous avons aussi publié dans une revue à comité de lecture, la seule étude connue à ce jour d'évaluation de verres optiques.¹

Il est fort dommage pour les consommateurs et pour les payeurs que des dispositifs médicaux aussi importants et coûteux échappent à toute évaluation normalisée.

1 Revue Trials publiée le 19 septembre 2008 « The VEPRO trial : a cross-over randomised controlled trail comparing 2 progressive lenses for patients with presbyopia ».



- ▼ **Dernier obstacle parmi les plus significatifs dans notre métier : la difficulté des complémentaires santé à faire du marketing ciblé de leurs services.**
Les outils de « liquidation » des prestations complémentaires ne sont pas connectés aux outils marketing. Impossible du coup de faire connaître notre réseau d'audioprothésistes spécifiquement aux porteurs de prothèses auditives ou nos avantages en matière de ventes de lentilles en ligne aux porteurs de lentilles. Dans les années à venir, si l'on veut que les services en santé et le rôle des consommateurs se développent, il faudra résoudre cette question d'un meilleur ciblage du marketing des services par les complémentaires.

III- Notre approche n'a heureusement pas manqué de soutiens

Dès le départ, notre offre de services a rencontré une demande des consommateurs. Notre légitimité à offrir ce service n'a pas été remise en cause par les clients contrairement à ce que nous redoutions.

Année après année, les taux d'utilisation ont fortement progressé au sein de chaque portefeuille de clients indépendamment de notre acquisition de nouveaux clients. La plupart des nouveaux services ou réseaux ont rencontré une demande au fur et à mesure de leur mise sur le marché.

Cette adhésion des consommateurs est cruciale car plus nos services sont utilisés et plus nous enrichissons notre connaissance du marché pour les services de devis et plus nous avons une capacité à peser sur les prix pour nos services de réseaux de soins.

Des taux d'utilisation importants offrent aussi la possibilité d'investir dans l'automatisation des échanges tout en maintenant une norme riche ; ce qui permet de baisser les coûts unitaires et de contenir nos prix malgré la croissance de l'utilisation.

Notre tarif est aujourd'hui entre 2,74 € et 2,90 € hors taxes par an et par personne protégée. Ce prix représente en moyenne 0,5 % de la prime encaissée par la complémentaire santé.

Chaque passage dans notre réseau donne aussi lieu à l'envoi d'un court questionnaire de satisfaction en ligne. Les taux de réponse sont de 30 % et en moyenne 95 % de nos utilisateurs recommanderaient le praticien qu'il a consulté à un proche. Nous n'avons donc aucun doute sur le fait que notre métier répond à une attente des consommateurs.

Bien sûr, certaines de nos initiatives n'ont pas été couronnées de succès et ont dû être arrêtées.

Par exemple, un système de consultation pour un second avis préopératoire dans un réseau physique ou un réseau de prise en charge du mal de dos en Ile-de-France. Sur ces deux sujets, nous avons pourtant le sentiment de tenir une bonne idée et les tests de pré-marketing étaient excellents. Nous en avons gardé la conviction que seule la mise en marché permet réellement de savoir si les consommateurs sont prêts pour une innovation ou pas. Si un service n'est pas utilisé, il faut l'interrompre ; il n'y a aucun sens à essayer d'avoir raison contre le client.

Nous avons aussi souvent été soutenus par l'Autorité de la Concurrence ou la DGCCRF à l'époque. Dans les débuts chancelants de ce nouveau métier, ces acteurs ont été source de conseil et d'inspiration. À la suite de plusieurs campagnes de boycott dont nous avons été victimes, l'Autorité de la Concurrence a, du reste, prononcé des sanctions. L'IGAS ou la Cour des Comptes ont souvent aussi mis en avant la légitimité de l'action des réseaux de soins.

Enfin, nous avons souvent trouvé des relais et des soutiens auprès d'associations de consommateurs ou de patients au point, depuis trois ans, d'avoir créé avec le CISS et « 60 millions de consommateurs » un « Observatoire citoyen des restes-à-charge » qui diffuse des informations sur les restes à charge à partir des bases du SNIRAM qui seraient restées confidentielles sinon.

Nous pensons que ces informations sont utiles aux Français et contribuent à la démocratie sanitaire.

IV- RO/RC... je t'aime, moi non plus

Difficile pour une organisation en situation de monopole comme la Sécurité sociale d'accepter l'existence des régimes complémentaires et de comprendre l'intérêt des mécanismes de mise en concurrence des professionnels de santé par les plateformes de santé.

Pourtant, ma conviction est que ces mécanismes de mise en concurrence apportent plus de pouvoir aux consommateurs et permettent aux professionnels de progresser en réponse à leur mise en concurrence. Ces mécanismes ne sont pourtant pas possibles partout et ne remettent pas en cause le rôle du régime obligatoire et sa logique différente.

Les complémentaires santé ont fait émerger un troisième acteur, fort différent de la Sécurité Sociale mais aussi distinct des régimes complémentaires : les plateformes de santé.

Ce métier de négociation avec les professionnels de santé, d'orientation des consommateurs dans le labyrinthe de la complexité des offres de santé est un métier à part entière. Il est durable quelles que soient les évolutions des rôles à venir entre complémentaires et régimes obligatoires.

L'avenir n'est toutefois pas écrit. Les choix en matière de politique de santé dans notre pays sont confus et peu explicites.

Mais ce qui est certain, c'est l'émergence dans tous les pays d'un rôle accru pour le patient / consommateur, acteur de ses achats en santé et de ses choix thérapeutiques.

De plus en plus de start-up se créent sur cette tendance et les plateformes de santé lui doivent leur développement rapide. Les anglo-saxons lui donnent un nom « l'empowerment » du patient, car il s'agit d'un mouvement international tangible dans bon nombre de pays.

Quelles que soient les évolutions des politiques de santé, il restera des marges de manœuvre, des besoins à satisfaire et une demande accrue de transparence et d'accès à l'information pour les consommateurs. C'est autour de cette demande de transparence que le régime obligatoire et les plateformes de santé pourraient mieux dialoguer et collaborer. La transparence et l'encouragement à la concurrence ne sont pas les ennemis du régime obligatoire, bien au contraire.

Ils peuvent débloquent des situations de rentes et aider des évolutions jusqu'ici bloquées en faisant émerger le rôle du consommateur « consommateur » en santé.



Ce rôle ne peut être assuré par le régime obligatoire seul, trop pris dans un jeu d'acteur qui limite sa liberté de parole et sa vitesse d'action. La mise en concurrence n'est pas non plus la culture de base d'une organisation en situation de monopole.

Mais la « gestion du risque », c'est aussi la capacité de chaque Français de choisir son professionnel de santé ou son établissement de soin en fonction de son reste-à-charge et de critères de qualité. Nous avons donc ensemble intérêt à ce que ce métier se développe.

Les COG, un mécanisme vieillissant, des ambitions à réévaluer (2^{ème} partie)

Par **Xavier BONNET**, Agent de direction en détachement auprès d'une institution de contrôle et de certification des comptes.



Xavier BONNET est agent de direction. Après sa sortie de l'EN3S en 1999, il a exercé des fonctions de direction dans des organismes de recouvrement et d'assurance maladie. Depuis 2012, il est auditeur auprès d'une administration de contrôle et de certification des comptes. Il a récemment publié un ouvrage aux presses de l'EHESP, *L'usager et le monde hospitalier* (2014) en collaboration avec François PONCHON. Il collabore depuis 2003 à la section sécurité sociale de l'ouvrage collectif *Les fiches pratiques santé* aux éditions WEKA.

La contractualisation, par la négociation qu'elle suppose, permet aux acteurs de fixer dans un cadre partenarial les orientations stratégiques et les évolutions attendues à moyen terme. La démarche objectifs-résultats appliquée à la sécurité sociale ajoute une dimension pluriannuelle à la définition partagée d'objectifs pour les branches et les régimes.

Dans un contexte où la recherche d'économies est pressante pas uniquement sur les coûts de gestion mais aussi et surtout sur le risque, il est légitime de poser la question de la capacité de cette démarche à atteindre les objectifs d'efficience accrue. En d'autres termes, les COG sont-elles en capacité de porter des restructurations de fond impliquant des réductions de coûts drastiques dans un contexte de finances publiques durablement dégradées ?

I- Des déficits réguliers et importants sur le risque

La France est un des seuls pays européens à tolérer des déficits sur la dépense courante que constituent les prestations de sécurité sociale. Comme le rappelle la Cour des comptes en introduction de son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014, « *les déficits de la sécurité sociale ont commencé à se réduire [...] mais le rythme de rééquilibrage de ses comptes est plus faible qu'attendu et reste systématiquement en-deçà des objectifs visés, alors que, dans le même temps, aucun de nos grands voisins n'accepte un déficit durable de sa protection sociale* ». Si, dans cet ensemble, la part représentée par les dépenses de gestion est modeste, elle apparaît une source d'économies sous-estimée. Les efforts d'économie de la sphère publique inscrits dans le programme de stabilité s'établissent, pour les dépenses de gestion de la sécurité sociale, à 1,25 milliards d'euros jusqu'en 2017¹ soit un peu plus de 6 % des 20 Md€ d'économies globales prévues sur l'ensemble des dépenses.

I-1/ Le contexte : des déficits structurels sur les dépenses de sécurité sociale

Malgré les contraintes d'économie affichées, la réduction des déficits est plus lente que prévue comme l'indique le tableau page suivante.

1 Plan détaillé de réformes structurelles, Premier ministre, 19 février 2015, page 9.

Tableau 1 : déficits des régimes obligatoires de base et du FSV de 2007 à 2013

<i>En milliards d'euros</i>	Résultat 2007	Résultat 2008	Résultat 2009	Résultat 2010	Résultat 2011	Résultat 2012	Résultat 2013
Maladie	- 4,6	- 4,4	- 10,6	- 11,6	- 8,6	- 5,9	- 6,8
AT-MP	- 0,5	0,2	- 0,7	- 0,7	- 0,2	- 0,2	0,6
Famille	0,2	- 0,3	- 1,8	- 2,7	- 2,6	- 2,5	- 3,2
Vieillesse	- 4,6	- 5,6	- 7,2	- 8,9	- 6,0	- 4,8	- 4,8
Régime général	- 9,5	- 10,1	- 20,3	- 23,9	- 17,4	- 13,3	- 12,5
FSV	0,2	0,8	- 3,2	- 4,1	- 3,4	- 4,1	- 2,9
Total régime général + FSV	- 9,3	- 9,3	- 23,5	- 28,0	- 20,9	- 17,5	- 15,4
Régimes obligatoires de base	- 9,1	- 9,7	- 21,7	- 25,5	- 19,2	- 15,0	- 13,1
Régimes obligatoires de base et FSV	- 8,9	- 8,9	- 24,9	- 29,6	- 22,6	- 19,1	- 16,0

Source : Cour des comptes

À cet égard, la Cour des comptes note que « le déficit du régime général a dépassé de plus d'1 milliard d'euros la prévision initiale de la LFSS pour 2013 (-12,5 milliards d'euros constatés, contre -11,4 milliards d'euros attendus). Sa réduction par rapport à 2012 a été de -0,8 milliards d'euros, au lieu de -1,9 milliards d'euros escompté ».

Les états financiers élaborés par la Cour des comptes montrent en outre que ces déficits sont devenus structurels. « Le déficit 2013 du régime général et du FSV se décomposerait en un déficit conjoncturel de -6,7 milliards d'euros, dû à la faible croissance du PIB au cours des dernières années et un solde structurel de -8,7 milliards d'euros, soit 0,4 point de PIB ».

Plus de la moitié du déficit du régime général et du FSV de l'année 2013 serait donc de nature structurelle. Dans ce solde négatif, la part de la gestion des organismes constitue une minorité évaluée à 10 milliards d'euros, soit 3 % des dépenses du régime général, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : charges nettes et charges de gestion courante du régime général, 2013

<i>En milliards d'euros</i>	Branche maladie	Branche famille	Branche vieillesse	Total
Charges nettes	164,8	57,8	114,6	337,2
Charges de gestion courante	6	2,6	1,4	10
Part des charges de gestion sur les charges nettes	3,6 %	4,5 %	1,2 %	3,0 %

Source : Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2014

Dans un contexte de dégradation structurelle de la situation et des perspectives de financement de la sécurité sociale, la recherche de sources d'économies dans les

domaines les plus vastes possible est nécessaire. Les COG semblent pourtant ne pas tenir compte de cette donnée importante.

I-2/ Les coûts de gestion des branches du régime général restent en augmentation en euros courants et en faible diminution en euros constants

La direction de la sécurité sociale mesure l'évolution des coûts de gestion à l'aide d'un ratio dénommé « frais de gestion multi-activités » présenté *infra*. Le dénominateur comprend le nombre d'ETP annuel moyen, le numérateur comprend les coûts de fonctionnement des branches et des régimes. Le sens de progression de ce rapport indique que le ratio se dégrade quand les coûts progressent. Il peut également se dégrader lorsque les effectifs diminuent tandis que les coûts restent identiques.

L'évolution de cet indicateur est décrite sur la période 2008-2012 dans le tableau ci-dessous. La CNAMTS, la CNAV et l'ACOSS voient leurs coûts augmenter de plus de 10 %, l'ACOSS se distinguant avec un taux en augmentation de presque 13 %. La branche famille en revanche contient ses coûts de gestion à + 3 % sur la période.

Tableau 3 :
ratio des frais de gestion multi-activités pour les branches du régime général, 2008-2009

En € courants	2008	2009	2010	2011	2012	Évolution (%)
CNAMTS	73 688	76 879	77 738	79 997	81 345	+ 10,4 %
CNAF	70 965	75 253	71 722	72 013	73 011	+ 2,9 %
CNAV	70 211	73 428	74 819	76 381	77 252	+ 10,0 %
ACOSS	77 584	83 351	84 062	86 269	87 569	+ 12,9 %

Source : Direction de la sécurité sociale, travaux benchmarking, années 2009 à 2012

En euros constants, l'évolution est décrite dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 :
ratio des frais de gestion multi-activités pour les branches du régime général, 2008-2009

En € constants	2008	2009	2010	2011	2012	Évolution (%)
CNAMTS	77 966	81 267	80 940	81 562	81 345	+ 4,3 %
CNAF	75 085	79 548	74 677	73 422	73 011	- 2,8 %
CNAV	74 287	77 619	77 901	77 875	77 252	+ 4,0 %
ACOSS	82 088	88 109	87 525	87 957	87 569	+ 6,7 %

Source : Direction de la sécurité sociale, travaux benchmarking, années 2009 à 2012 et convertisseur INSEE euros courants euros constants.

Trois branches de la sécurité sociale sur quatre connaissent une augmentation de leurs coûts de gestion nettement supérieure à l'inflation : la CNAMTS, la CNAV et l'ACOSS. Seule la branche famille connaît une diminution nette de ses coûts. Pour la CNAF, la direction de la sécurité sociale explique la baisse relative des coûts par une modération de l'évolution des effectifs combinée avec une modération des coûts de gestion. Pour les autres branches, l'évolution du ratio résulte de l'effet cumulé de la baisse des effectifs et de la hausse des dépenses de fonctionnement.

Ces évolutions montrent les difficultés des COG à contenir les coûts de gestion malgré des objectifs de baisse des coûts affirmés dans le texte par les parties prenantes, des départs en retraite importants et



l'extension progressive de la dématérialisation des données échangées entre les usagers et les organismes.

I-3/ Une large extension du dispositif contractuel au sein d'un périmètre qui reste limité

I.3.1/ Vingt-trois COG et peu de transversalité

L'extension des COG au secteur des organismes de sécurité sociale est large mais pas complète.

Les COG organisent ainsi une négociation « en étoile » autour de la direction de la sécurité sociale dont le rôle est devenu de facto central. L'outil conventionnel est bien adapté à une négociation entre deux parties, mais que faire lorsque plusieurs parties partagent des problématiques communes ? Ce biais peut entraîner des difficultés de gestion transversale de sujets communs. Par exemple, les marchés, la gestion des éditions de documents (éditique), la gestion de la paye, autant de domaines dont la technicité et la spécificité ne justifient pourtant pas un traitement non transverse.

La capacité des COG à régler les relations entre la tutelle et les organismes est indéniable. Cependant, elles peinent à engager des actions en transversalité entre branches et régimes de sécurité sociale.

La COG de l'ACOSS : une transversalité en actes

L'ACOSS, depuis la mise en œuvre de la réforme de l'interlocuteur social unique² disposant que les URSSAF recouvrent les cotisations sociales du régime des indépendants, qu'elle est en capacité d'assurer la gestion du recouvrement pour un tiers. Cette capacité s'est encore renforcée avec la prise en charge de la gestion du recouvrement des assurances-chômage en 2011. Les éléments de transversalité restent néanmoins peu présents dans la COG de l'ACOSS. Pour la période 2014-2017, nous avons ainsi recensé deux fiches (sur un total de vingt) portant des projets transversaux. La fiche 12³ « *Interlocuteur social unique* », dispositif essentiel pour l'ACOSS, prévoit d'approfondir ce dispositif en créant notamment des accueils communs avec le RSI et le pilotage de bout en bout le recouvrement des cotisations du régime des indépendants. Manque toutefois une dimension que les textes ne permettent pas encore, par exemple la gestion par les URSSAF du contentieux né du recouvrement des cotisations sociales des indépendants. La fiche 20 « *Organismes multi-branches* » destinée spécifiquement à l'amélioration du pilotage du recouvrement des organismes multibranches⁴. L'objectif de l'ACOSS est ainsi d'adapter son pilotage pour que les organismes concernés notamment les CGSS puissent voir leurs résultats progresser.

Hormis l'ISU, dispositif de réforme profond, important mais désormais ancien, et la gestion des cotisations sociales des assurances chômage, le pilotage spécifique des CGSS et

2 L'ISU a été mis en place en 2008.

3 COG de l'ACOSS pour les années 2014 à 2017, page 82.

4 « Le réseau du Recouvrement est composé de 22 Urssaf, entièrement dédiées aux missions de la branche, mais aussi d'organismes multi-branches, qui assurent le service de prestations auprès de leurs ressortissants. Ces organismes sont au nombre de 7 : les 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) des départements d'outre-mer, la caisse de sécurité sociale (CSS) de Mayotte, la caisse centrale de sécurité sociale (CCSS) de Lozère et la caisse maritime d'allocations familiales (CMAF). Les particularités de ces organismes rendent leur pilotage plus complexe, et leurs performances sur les métiers du recouvrement présentent parfois des marges de progression ».

de la CCSS, la COG de l'ACOSS ne mentionne aucun autre travail inter-branches ou inter-régimes en dépit d'un projet existant avec la CSS et l'UCANSS sur les marchés.

La COG de la CNAV : une exception

Dans ce mode de fonctionnement « en silo », la CNAV fait figure d'exception. Dès la page 2, elle porte l'ambition de décloisonner la gestion des prestations vieillesse en inter-régimes : « *Le régime général partagé avec les autres régimes de retraite, mais avec une acuité d'autant plus forte qu'il constitue le régime principal de retraite en France, la nécessité de dépasser les complexités liées à la coordination des réglementations et des procédures, afin d'offrir un service global et simplifié aux assurés. C'est pourquoi les engagements de la branche Retraite du régime général s'inscrivent résolument dans une approche inter-régimes* ». La première partie de la COG est entièrement consacrée à cet objectif : « *Accentuer la dynamique inter-régimes au service des assurés renforcée par la réforme des retraites* ».

Cet objectif, rappelle la COG⁵ « est renforcé par la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, dans le cadre de la création de l'union des institutions et services de retraite (UISR) ».

Le décloisonnement inter-régimes et inter-branches est donc conçu finalement par les acteurs dans une logique d'application de la loi, pas comme objectif précédant l'évolution du droit. Les COG pourraient être *a contrario* utilisées comme outil de préparation des réformes, d'anticipation du changement. Leur construction pluriannuelle semble inciter les partenaires à cette perspective. Ce n'est pas le cas. Les COG se révèlent à l'usage des outils d'exécution, de déploiement, d'adaptation du droit, pas d'anticipation ou de prospective.

L'échec préjudiciable de la convention-cadre de performance ou « super-COG »

L'échec de la convention-cadre de performance⁶ est à ce titre éloquent. Son objet était d'introduire une dimension inter-régimes dans la contractualisation. Le code précise que « *cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux* ».

Le champ d'intervention est également défini. Elle doit déterminer « les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière [...] de mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ; [...] de mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ; [...] de présence territoriale des différents régimes et différentes branches [...] ; [...] d'évaluation de la performance des différents régimes.

Cette convention prévoit, le cas échéant, les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs ».

En dépit de ces objectifs, aucune convention-cadre de performance n'a été signée depuis 2012. Cet échec peut être attribuable au fait que les pouvoirs publics n'ont pas su ou pu l'imposer aux caisses

5 COG 2014-2017 de la CNAV, page 3.

6 Article L. 114-23 du code de la sécurité sociale.



nationales. Les causes de l'échec sont certainement plus larges. L'acceptation par les acteurs en constitue une première mais pas la seule. « *Sans doute la convention-cadre a-t-elle eu raison trop tôt* » déplore un administrateur civil ayant participé à sa conception. La crainte de devoir d'abord travailler en inter-branches et inter-régimes avant de travailler pour son pré-carré constitue une limitation sans doute plus importante.

On touche ici une des limites de la gestion contractuelle des enjeux par les acteurs. Une disposition non seulement utile mais nécessaire inscrite au code de la sécurité sociale n'est pas appliquée parce que les parties prenantes ont décidé ne pas « *l'imposer* » d'une part et de ne pas la porter d'autre part. Le contexte de recherche d'économies et d'équilibre financier aurait pu justifier que les acteurs fassent preuve d'une mobilisation plus grande.

Formellement, la contractualisation a connu une large expansion, souvent à la demande des organismes eux-mêmes. Mais l'utilité de l'élargissement du périmètre contractuel devrait être mesurée à l'aune de la capacité de ce système à favoriser la maîtrise des déficits publics.

I.3.2/ Une notion bornée de « gestion du risque »

L'expansion de la contractualisation ne doit en effet pas être considérée comme un indicateur suffisant pour en mesurer le succès.

Le périmètre de contractualisation des caisses nationales est en réalité plus limité qu'il n'y paraît alors même que les acteurs pourraient techniquement en avoir une conception plus large. Un pan essentiel de la gestion des organismes échappe en effet à la discussion entre la direction de la sécurité sociale et les caisses nationales : l'équilibre financier global des branches sur le versant des risques. Ce sujet est un « grand absent » des COG, qui sont centrées sur la maîtrise des coûts de gestion, pas sur la maîtrise globale des dépenses ou « risques ».

Deux bases réglementaires pourraient cependant permettre à cet égard une plus grande ambition des acteurs. L'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale dispose que « *l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer* ». L'article L. 200-3 dispose en outre que « *le conseil ou les conseils d'administration [...] sont habilités, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches, à proposer des réformes au Gouvernement* ».

La combinaison de ces deux articles pourrait ainsi autoriser les caisses nationales à proposer des mesures d'équilibre des comptes des branches de la sécurité sociale.

Avant 1995, et comme le souligne notamment cet acteur majeur de la réforme institutionnelle et des ordonnances de 1996, « *les partenaires sociaux n'ont pas joué leur rôle d'équilibre des comptes* ». Ils y avaient pourtant été incités. En 1967, la réforme Jeanneney a fait le pari de la création des têtes de réseaux (les caisses nationales) et de l'implication plus grande des partenaires sociaux dans la régulation du système. Il s'agissait alors de « donner la main » aux partenaires sociaux pour assumer la dynamique de régulation. Ceci n'a pas fonctionné. La réforme n'a pas eu lieu de l'intérieur. Les pouvoirs publics, en réalité, devaient assumer eux-mêmes les ajustements financiers dans des conditions qui n'étaient pas satisfaisantes.

La réforme de 1996, avait pour objectif de redonner une cohérence d'ensemble au système mais sans réellement parvenir à ce que les partenaires sociaux prennent

part à de réelles propositions de réduction des prestations ou d'augmentation des cotisations.

Comme le souligne avec une pointe d'ironie un ancien directeur de la CNAMTS, « *la gestion du risque est absente des COG* ». Cette phrase peut apparaître paradoxale. La gestion du risque, la lutte contre la fraude, sont bien évidemment présentes - bien qu'à des degrés divers - dans les COG des branches « dépendantes⁷ » et ce depuis les premières générations. La phrase provocante de cet ancien directeur de la CNAMTS souligne l'absence d'une réelle gestion du risque dans les COG, qui négligent d'aborder la modulation des prestations ou des cotisations dans une perspective d'équilibre financier. L'évolution des comptes de la sécurité sociale depuis 1995 - examinée *infra* - semble malheureusement confirmer ces propos : la contractualisation n'a en effet pas abouti à une gestion plus efficiente des deniers publics affectés à la sécurité sociale, qu'il s'agisse du risque ou des coûts de gestion.

I.3.3/ Un horizon temporel réduit

Les COG définissent les objectifs et résultats à atteindre sur une durée de quatre ans et les caisses nationales avaient, jusqu'à la période qui s'achèvera en 2017, des temporalités différentes. Un consensus tacite semble s'être mis en place pour que les COG soient réglées sur la fin du quinquennat présidentiel. « *La synchronisation de la durée des COG sur la fin de l'actuel quinquennat ne relève pas d'une volonté* », souligne ce cadre de direction de la sécurité sociale.

L'horizon temporel réduit des COG (quatre ans) est décalé du temps législatif constitué de cycles de cinq ans. Cela tend à limiter l'opérationnalité des COG pour mobiliser les réseaux d'organismes dans le cadre de politiques publiques définies par la représentation nationale.

Un haut fonctionnaire souligne en outre que « du point de vue de la stratégie de long terme d'une branche, les COG n'épuisent pas leur sujet. Par exemple, l'ACOSS a pour ambition d'absorber le recouvrement de la retraite complémentaire des cadres (AGIRC) et des salariés privés (ARRCO) ainsi que de la formation professionnelle, soit 90 à 100 milliards d'euros de plus que les 350 milliards d'euros recouverts chaque année par l'ACOSS ». Cet objectif est suggéré dans la COG⁸. Trop lointain, son annonce dans la COG aurait pu crispier les organismes dont les activités sont convoitées par l'ACOSS. Les pouvoirs publics ont choisi, en accord avec l'ACOSS, de ne pas l'inscrire. Une réforme de fond de cette ampleur aurait sans doute gagné à être plus directement abordée dans le document. Si la réforme est souhaitable et qu'elle a du sens, pourquoi ne pas l'afficher ?

I.3.4/ Des programmes de qualité et d'efficience peu contraignants

Une tentative d'évaluation des politiques publiques de la sécurité sociale

Lors de la réforme en 2005 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le législateur a souhaité annexer au projet de loi de financement de la sécurité sociale une annexe présentant les grands objectifs poursuivis par les politiques de sécurité sociale. Ce document doit mesurer les progrès réalisés vers ces objectifs.

Les programmes de qualité et d'efficience portent sur les grandes politiques de sécurité sociale : l'assurance maladie, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les

⁷ Assurance maladie, assurance vieillesse, allocations familiales.

⁸ COG 2014-2017 de l'ACOSS, page 9 : « Compte tenu de la nature de ses activités, de son niveau de performance et de la faiblesse de ses coûts, l'extension du périmètre de compétence de la branche constitue une évolution porteuse d'efficience collective. Le déploiement d'une politique équilibrée de contrôle social de référence auprès de l'ensemble des populations de cotisants et des types de prélèvements [sera recherché] ».



retraites, la politique familiale, le financement de la sécurité sociale, la prise en charge de l'invalidité, du handicap et de la dépendance. Le document figure en annexe 1 du projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale.

Ces programmes sont présentés par la direction de la sécurité sociale comme constituant la transposition à la sphère sociale de la logique « objectifs-résultats » des projets annuels de performance contenus dans les projets de loi de finances. Les programmes de qualité et d'efficience complètent le dispositif d'objectifs, d'indicateurs et de résultats mis en œuvre par les COG qui font d'ailleurs l'objet de l'annexe 2 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Un outil dissocié de l'équilibre budgétaire

Les objectifs des programmes de qualité et d'efficience sont alignés avec la COG de l'assurance maladie, mais n'englobent pas les impératifs d'économie destinés à assurer l'équilibre budgétaire de l'ensemble. L'axe « efficience » de la sécurité sociale est d'ailleurs positionné en toute fin du document de synthèse du projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2014. Politiquement, il semble que le choix ait été fait de masquer les économies nécessaires derrière des principes d'« égal accès aux soins », de « service amélioré », de « relation client » et de « stratégie nationale de santé ». Ce « double discours » ne contribue pas à une prise de conscience collective sur la nécessité, pour assurer la pérennité du système de sécurité sociale, d'en garantir l'équilibre financier.

Les 180 indicateurs de suivi contenus dans les programmes de qualité et d'efficience, bien que permettant une évaluation globale de la politique de sécurité sociale, semblent peu orientés sur la priorité absolue que devrait constituer l'équilibre financier du système, qui continue à cumuler des déficits massifs et structurels.

II- Un outil inadapté au contexte drastique de recherche d'économies ?

II-1/ La contrainte de la recherche systématique d'économies

La situation et les perspectives des finances publiques engagent les pouvoirs publics à rechercher des sources d'économies très importantes. Le projet de loi de finances pour 2015 prévoit un plan d'économies inédit de 50 Md€ sur 2015-2017 dont 21 Md€ en 2015 incluant 10 Md€ pour la seule sécurité sociale.

Tableau 5 : le plan d'économies du projet de loi de finances

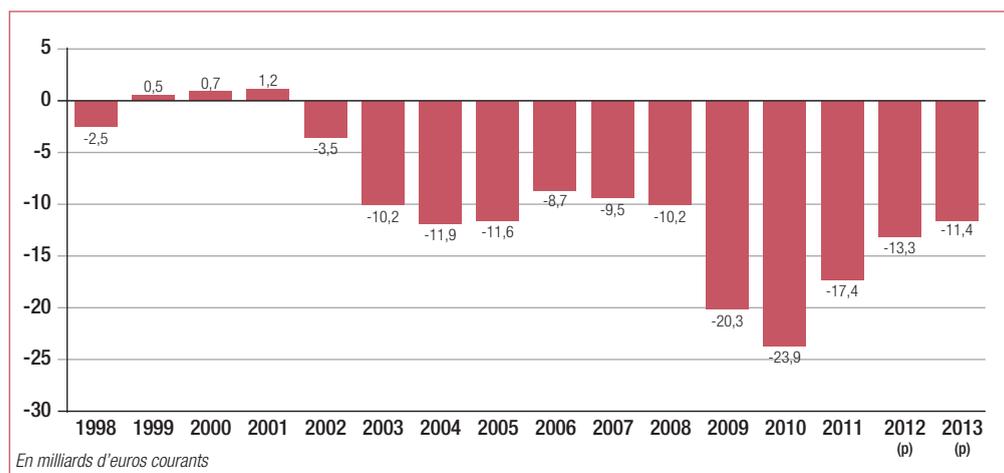
Programme d'économie	2015	2015-2017
État et agences	7,7	19,0
Collectivités locales	3,7	11,0
Protection sociale	9,6	20,0
dont dépenses d'assurance maladie	3,2	10,0
dont autres dépenses de protection sociale	6,4	10,0
TOTAL	21,0	50,0

Source : Projet de loi de finances 2015

Comme indiqué *supra*, les COG n'englobent que la problématique des coûts de gestion des organismes qui ne représente qu'une faible fraction des économies recherchées. Les organismes de sécurité sociale se sont cantonnés dans un rôle d'exécution.

L'essentiel des décisions de gestion du risque des branches et des régimes de sécurité sociale doit ainsi être porté par le Parlement et le Gouvernement. Dans le contexte très contraignant actuel, il est possible de se demander si les COG ne sont pas adaptées aux enjeux, leur périmètre étant trop restrictif. Dans son ensemble, et malgré l'organisation rigoureuse installée depuis le milieu des années 1990, le système français de sécurité sociale cumule en effet les déficits comme le montre le graphique suivant.

Tableau 6 : évolution du solde du régime général de sécurité sociale français, 1998-2013(p)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, 2014

II-2/ Vers des COG incluant des objectifs d'équilibre budgétaire des branches ? L'illustration de l'assurance maladie allemande

La logique contractuelle, adaptée dans un contexte de gestion « en routine » car elle engage les gestionnaires dans l'épaisseur du trait, semble peu adaptée à une recherche approfondie et rapide d'économies.

L'analyse des thèmes pris en charge dans les COG montre qu'ils se suivent et se ressemblent. L'IGAS déplore régulièrement le manque d'originalité des COG. « *Amélioration de la qualité de service* », « *meilleure gestion de la relation client* », « *renforcement de gestion du risque* », « *développement de l'efficience* » et « *optimisation des moyens* » se trouvent dans quasiment tous les documents.

Les organismes publics ne connaissent pas les « morsures du marché ». Les acteurs privés sont soumis à une forte concurrence désormais internationale. Mieux vaut dès lors une dose de contrainte durable plutôt que du *stop and go*. Mais « les COG sont conservatrices, elles excluent les « logiques de saut ». En dépit des intentions louables mais mises en échec, d'organisation pyramidale de la gestion de la sécurité sociale n'a-t-elle pas permis l'instauration tacite d'une irresponsabilité générale des acteurs chargés de la gestion de la sécurité sociale ?



En comparaison, le système allemand de protection sociale s'est structuré à la fin du XIX^e siècle autour d'une logique contributive d'assurance sociale. Le système français s'est initialement largement inspiré de cette logique bismarckienne tout en intégrant également une dimension d'assistance sociale non contributive de type « beveridgienne ». Les deux systèmes - France et Allemagne - sont *in fine* assez comparables pour ce qui concerne les assurances sociales et le chômage, et le sont plus encore en termes de gestion de l'assurance maladie.

L'Allemagne a instauré une mise en concurrence et un pilotage par les soldes pour ses caisses d'assurance maladie : celles-ci sont obligées d'augmenter leurs cotisations ou de baisser leurs prestations en cas de déséquilibre. Les hausses de cotisations ne peuvent représenter chaque année plus de 1 % du revenu de l'assuré. Durant la crise, ce plafonnement n'a pas permis aux caisses de compenser par les seules hausses de cotisations la chute de leurs recettes. Sans l'intervention de l'État, la situation des caisses aurait été bien plus dégradée. C'est le doublement des subventions de l'État entre 2009 et 2010, passant de 7,1 Md€ à 15,6 Md€, qui a permis de préserver l'équilibre financier.

L'Allemagne a, en parallèle mené une politique active de régulation de la demande de soins et ce depuis 1996, date à laquelle les ordonnances sus-mentionnées étaient mises en œuvres en France. Ces réformes comprennent à la fois des mesures réduisant le champ de la couverture publique du risque maladie (déremboursement des cures thermales, des transports par taxis ou véhicules de location pour se rendre à l'hôpital, des prothèses dentaires, des lunettes sauf pour les moins de 18 ans). La participation financière des assurés a été fortement augmentée (ticket modérateur sur les consultations médicales : forfait de 10 € par trimestre ; forfait journalier hospitalier : 10 € par jour dans la limite de 28 jours calendaires, ticket modérateur sur les boîtes de médicaments prescrites : 10 % du prix du médicament prescrit avec un maximum de 10 € par boîte). Les conséquences négatives sur les gros consommateurs de soins ont été limitées par un plafonnement du reste à charge dépendant des ressources.

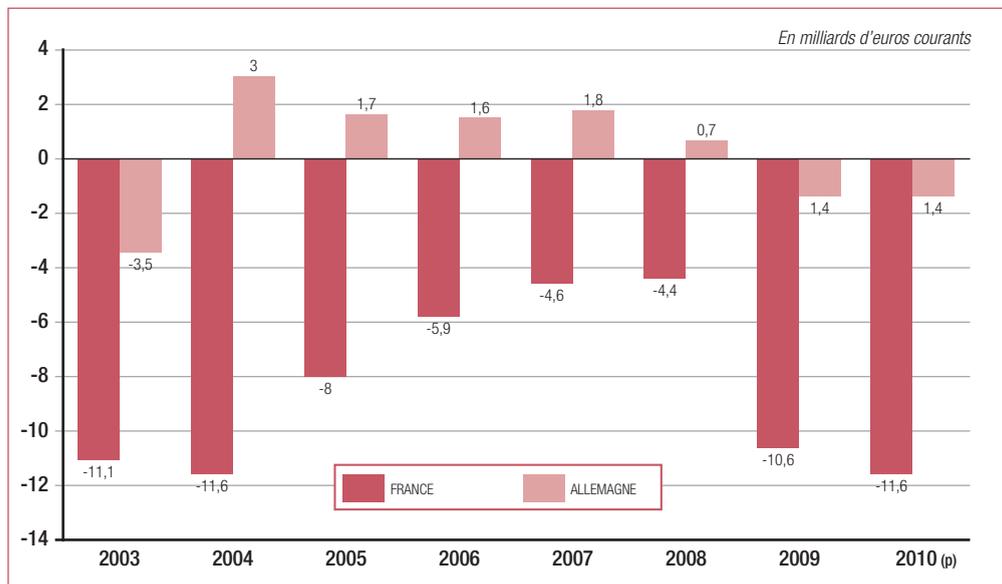
Autant de réformes que la France a mis en place de façon plus limitée. Participation financière et franchises n'ont pas évolué en France depuis la date de leur mise en place en 2007 et 2008 alors même que les déficits de l'assurance maladie se sont creusés. Ces outils d'ajustement simples dans leur mise en place, et réversibles n'ont pas été utilisés en routine alors même qu'ils ont été conçus pour cela.

En Allemagne, les différentes réformes de l'assurance maladie ont cherché à rationaliser et à réguler l'offre de soins. Des gains d'efficience à l'hôpital sont notamment attendus des restructurations, des fusions et les fermetures des centres hospitaliers peu rentables. Du point de vue de l'offre de soins, face aux défis des « déserts médicaux », l'Allemagne a durci, dès 1993, les conditions d'installation des médecins. De même, les fortes hausses de dépenses de médicament ont conduit les pouvoirs publics allemands à prendre des mesures afin de développer la part de marché des génériques et de limiter les prescriptions de médicaments.

Le graphique suivant montre la comparaison des déficits de l'assurance maladie publique Française et Allemande. En huit ans, le solde allemand a été trois fois déficitaire de 3,5 Md€ en 2003, 1,4 Md€ en 2009 et 1,4 Md€ en 2010 alors qu'il a, sur la même période, été tous les ans en déficit en France avec un plancher deux fois atteint de 11,6 Md€ et un

plafond de 4,4 Md€. Le déficit moyen sur la période s'établit en France à - 8,5 Md€ tandis que l'excédent moyen s'établit en Allemagne à + 0,3 Md€.

Tableau 7 : solde de l'assurance maladie publique, France - Allemagne, entre 2003 et 2010 ⁹



Source : CCSS, septembre 2010

L'Allemagne a ainsi verrouillé le pilotage financier de l'assurance maladie en contraignant les caisses à l'équilibre. La France est pourtant dans la même situation puisque l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale cité *supra*¹⁰ dispose que « l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer ». La question centrale de l'équilibre financier est pourtant absente des programmes de qualité et d'efficience.

L'exemple allemand illustre un retour rapide à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie (voir annexe 3) au travers d'un plan de mesures de grande ampleur et à l'action sur les leviers de la hausse conséquente de la participation financière des assurés, de la modification du périmètre de remboursement avec l'exclusion du remboursement des prestations peu efficaces sur le plan médical, mais aussi de l'optique et des prothèses dentaires. Ces mesures pesant sur les assurés ont été complétées par une politique contraignante envers les professionnels de santé et une recherche de gains d'efficience à l'hôpital¹¹.

Le reste-à-charge des ménages, c'est-à-dire les revenus qu'ils doivent consacrer à l'assurance maladie hors cotisations obligatoires est plus important en France qu'en Allemagne (voir annexe 4). Les dépenses privées consacrées à la santé sont plus élevées en France de 4,7 points. Ces dépenses ont connu la même évolution en France et en Allemagne depuis 2001 (+1,9 point). Enfin, l'espérance de vie à la naissance est quasi-identique pour les hommes français et allemands ; et supérieure de 1 an

⁹ Les documents de travail de la direction du trésor, numéro 2012/02, août 2012, page 29.

¹⁰ Page L. 200-2 69

¹¹ Restructurations, fusions et fermeture des centres hospitaliers peu rentables ou dont l'activité ne permet pas de garantir une qualité suffisante des soins.



et demi pour les femmes françaises par rapport aux femmes allemandes comme l'indique l'annexe 5.

Ces éléments comparatifs incitent à envisager l'organisation française du système de sécurité sociale sous un angle différent. En positionnant chaque acteur dans une sphère de responsabilité quasi-étanche, la réforme de 1996 n'a pas engagé les acteurs à une co-responsabilité sur la gestion des prestations et des cotisations. Bien que le code de la sécurité sociale prévoit explicitement que les caisses gérant les risques de sécurité sociale sont responsables de l'équilibre financier de la branche, ses acteurs internes sont peu enclins à faire des propositions aux pouvoirs publics destinées à rétablir l'équilibre budgétaire.

L'outil des COG, qui tend au final à se limiter à la définition d'objectifs opérationnels pour les caisses sans inclure les enjeux d'équilibres budgétaires du risque géré, pourrait de ce fait être étendu, selon des modalités à convenir, pour impliquer les partenaires sociaux et les directions nationales dans la recherche des voies et moyens de l'équilibre financier.

Le dispositif créé en 1996 a permis de redéfinir le champ des responsabilités de l'ensemble des acteurs autour du Parlement, représentation nationale, chargée de prendre les décisions d'intérêt général. Près de 20 ans après sa mise en place, il semble cependant impuissant à assurer la pérennité de la sécurité sociale, dont les soldes sont systématiquement en déséquilibre depuis 1989¹².

L'agencement LFSS-COG ressemble à une architecture dont les responsables sont clairement identifiés, dont les champs d'action sont définis, mais dont les acteurs n'exercent pas pleinement leur responsabilité. Le Parlement vote la LFSS mais n'exige pas que le principe d'équilibre des comptes posé à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale soit respecté. Les caisses nationales dont les contrats traitent uniquement de gestion des organismes sont placées dans une position d'exécution qui se révèle finalement protectrice, l'exécutant étant irresponsable. Profitant de l'abri confortable que les COG leur confèrent, les partenaires sociaux représentés dans les conseils des caisses nationales, qui avaient pourtant dénoncé leur mise en place, négligent les outils juridiques à leur disposition pour faire des propositions de réductions de dépenses qui pourtant relèvent de leur champ de compétence. Les COG révèlent *in fine* et en creux une incapacité à ajuster les dépenses et les cotisations, à tout le moins proposer ces ajustements aux pouvoirs publics.

Le système dans son ensemble n'a pas pris la mesure des enjeux d'équilibre budgétaire, malgré un beau « jardin à la française » institutionnel où chacun est juridiquement chargé d'un rôle qu'il assume facialement, mais sans réelle ambition de garantie de la pérennité de la sécurité sociale. Les COG ont bien créé une « *architecture de responsabilité* » mais les responsables chargés de prendre les décisions d'équilibre semblent se défausser des décisions douloureuses qu'impose cette responsabilité.

S'il est indéniable qu'en vitesse de croisière la démarche objectifs-résultats permet aux pouvoirs publics de piloter le système de sécurité sociale sous contrainte budgétaire sans entrer dans sa gestion quotidienne, elle connaît des limites qui peuvent en faire un dispositif en fin de vie dans un contexte où des décisions drastiques sont à prendre.

12 Voir : figure sur le solde structurel du régime général de la sécurité sociale 1986-1995, page 11.

Les COG se révèlent étroites tant en ce qui concerne leur volet de gestion des organismes que sur le volet de la gestion des équilibres financiers.

Sur le volet de la gestion des organismes, les conventions devraient s'ouvrir à un spectre inter-branches et inter-régimes. C'est ce que proposait la convention cadre de performance de l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale dont on ne peut que déplorer qu'elle n'ait pas abouti.

Sur le volet des équilibres financiers, il est possible de s'interroger sur la réelle utilité d'une LFSS annuelle qui proroge d'une année sur l'autre un non-pilotage des recettes et des dépenses de la sécurité sociale. Près de vingt ans après les lois organiques de 1996, l'architecture de responsabilité n'est-elle pas devenue une « architecture d'irresponsabilité » ? Les déficits se creusent, le financement de la sécurité sociale à crédit est devenu la norme, l'existence de la caisse d'amortissement de la dette sociale¹³, créée en 1995 et qui devait disparaître en 2014, est prolongée, et le passif qu'elle gère ne cesse d'augmenter. La combinaison de la LFSS et de la contractualisation a certes permis que ces acteurs aient des objectifs convergents, mais un consensus de fait conduit, sur le long terme, à des prises de décisions contraires à la pérennité même d'un système de sécurité sociale qui ne pourra éternellement vivre à crédit.

Une autre voie semble pourtant possible. Un peu ironiquement, il est possible de dire qu'elle comporte un écueil majeur. Elle suppose que chacun prenne conscience de la nécessité, pour garantir sa survie, de revenir à une logique d'équilibre des comptes. En arrivant à maturité, la contractualisation de la gestion de la sécurité sociale a atteint un point d'inefficacité. Elle doit être maintenue, car elle structure le champ d'action et la mobilisation des pouvoirs publics et des organismes de sécurité sociale à moyen terme, mais elle devrait être étendue à un contrat de gestion global de la sécurité sociale, incluant les prestations et le recouvrement et permettant, après avoir réaffirmé le principe essentiel de l'équilibre des comptes pourtant déjà présent dans le code de la sécurité sociale, un pilotage pluriannuel des prestations et des cotisations dans le cadre d'une LFSS pluriannuelle. Au sein de cette architecture, le Parlement n'aurait à se prononcer annuellement que sur des mesures destinées à assurer l'équilibre des comptes. Ces mesures devraient être proposées au préalable par les caisses, discutées avec le gouvernement, le Parlement arrêtant le cap à suivre en dernier ressort.

La contractualisation a permis de ménager le temps pour réaliser des réformes de fond sans rupture, sans mouvement de grève majeur, sans manifestation de masse depuis presque vingt ans. Dans un contexte où la prise de décision doit être accélérée, le domaine de la démarche objectifs-résultats doit désormais être étendu et approfondi pour renforcer la capacité de tous, et notamment les représentants des assurés sociaux des conseils d'administration, à agir en première instance pour piloter les grands équilibres de la sécurité sociale.

13 Créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 et modifiée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Sa mission est de financer et d'éteindre la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale pour les exercices 1994 à 2008. Les déficits se sont élevés à 34,2 milliards d'euros pour les années 1994 à 1998, à 47,25 Mds pour les années 2002 à 2006, à 27 Mds pour les années 2005 à 2008 et 132,5 milliards d'euros pour les années de 2009 à 2018.



Annexe 1 : les mécanismes de part variable de rémunération des agents de la sécurité sociale

La progression des agents de la sécurité sociale au sein d'un niveau de qualification est assurée en points dans une plage d'évolution salariale comportant un minimum et un maximum. L'avancement à l'ancienneté permet de progresser de deux points par an avec une limite maximum de 50 points. Quatre moyens d'action sont à disposition des directeurs d'organismes pour différencier les salaires et inciter les personnels à atteindre les objectifs : le dispositif d'intéressement, l'utilisation des niveaux de classification l'attribution des points de compétence et l'attribution de primes de résultats pour l'encadrement supérieur.

Le dispositif d'intéressement

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) a mis en place par raccord national un dispositif d'intéressement collectif au tournant des années 2000. En fonction des résultats atteints par la branche ou l'organisme local, l'accord du 28 juin 2002 prévoit de suivre plus particulièrement certains indicateurs notamment de qualité de service, de productivité et de maîtrise des risques permettant de mesurer la performance de la branche et des organismes. La prime est composée de deux éléments : une part nationale (en général, 60 % de l'enveloppe) qui reflète les résultats de la branche et une part locale (40 % de l'enveloppe) qui tient compte de la performance de l'organisme local. Le déclenchement du versement de la prime d'intéressement est subordonné à l'atteinte des objectifs locaux, le seuil étant fixé à 75 %.

L'utilisation des niveaux de classification ou « parcours professionnel »¹⁴

Afin d'encourager les personnels à exercer en proximité, des mesures d'accompagnement ont été initiées dans certaines caisses. Ainsi, la polyvalence ou une relative autonomie ont permis des requalifications à des niveaux supérieurs par les directions. Par exemple, les agents d'accueil qui, auparavant, était classés au niveau trois de la convention collective, ont pu progresser vers un niveau quatre en raison notamment des servitudes impliquées par les missions d'accueil (horaires fixes, travail posté, travail itinérant). Néanmoins, cette politique n'a pas été suivie par l'ensemble des organismes, qui restent très autonomes en matière d'utilisation de cet outil. L'IGAS a même noté¹⁵ un certain « *manque d'homogénéité entre les pratiques des organismes* », oubliant d'indiquer que cette autonomie permet des ajustements de rémunération en fonction des contextes locaux. Cette marge de manœuvre utilisable par les directeurs constitue un point positif dans la démarche objectif-résultat qui permet, notamment, une meilleure individualisation des rémunérations dont les plages d'évolution sont décrites en annexe 2.

L'attribution de points de compétences ou « développement professionnel »¹⁶

L'outil d'individualisation instauré par l'article 4 du protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois des salariés

14 Article 6 du protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois.

15 Rapport n° 2004-100 d'évaluation de la COG de la CNAV, 2004.

16 Article 4 du protocole d'accord du 30 novembre 2004.

de la sécurité sociale permet, par l'attribution de points de compétences après entretien annuel d'évaluation des compétences, de moduler la rémunération des agents en fonction de l'atteinte des objectifs du contrat pluriannuel de gestion. Le protocole incite les directeurs à se fonder sur des « *faits précis, objectifs, observables et mesurables* », sans faire directement référence aux objectifs et indicateurs du contrat pluriannuel de gestion de l'organisme.

Le dispositif des points de compétences et engage une individualisation de la rémunération. Chaque agent peut voir sa rémunération évoluer en fonction de l'atteinte ou non des objectifs qui lui sont fixés dans son entretien annuel. Ce dispositif mobilise l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité de chaque organisme. Il nécessite donc une objectivation rigoureuse des indicateurs sur lesquels chaque agent sera évalué. Le nombre de points qui peut être accordé à chaque agent comprend un minimum et pas de maximum.

- 7 points pour les salariés d'exécution ;
- 12 points pour les cadres de proximité ;
- 15 points pour les cadres supérieurs hors agents de direction.

Ce dispositif d'évolution différenciée des agents en fonction de l'atteinte des objectifs est néanmoins fortement encadré par la convention collective. Ainsi, chaque année, au moins 20 % des salariés de l'organisme doit pouvoir prétendre à être inscrits dans la liste de ceux qui bénéficient de points de compétences.

L'attribution d'une prime de résultats pour les cadres de niveau 8 et supérieur¹⁷

Les salariés occupant des emplois classés à partir du niveau 8 des employés et cadres peuvent bénéficier d'une prime exceptionnelle de résultats destinée à reconnaître l'atteinte d'objectifs particuliers négociés avec leur hiérarchie. L'entretien tel que défini à l'article 7 doit permettre d'évoquer les éléments nécessaires à l'attribution éventuelle de la prime de résultats. La prime de résultats est fixée par le directeur et versée en une fois, au titre d'une année considérée. Elle peut atteindre jusqu'à l'équivalent d'un demi-mois de la rémunération de base telle que définie à l'article 3 du présent texte. Un bilan du nombre de bénéficiaires et du montant global versé est porté chaque année à la connaissance des institutions représentatives du personnel.

Au final, la part de rémunération individualisée des agents de la sécurité sociale est relativement faible. Les COG et les contrats pluriannuels de gestion ont permis d'engager une forme d'individualisation, mais les politiques salariales de la sécurité sociale restent caractérisées par un faible intéressement des personnels, la part variable capitalisée étant nécessairement attribuée à au moins 20 % des effectifs tous les ans. Cette limitation engage les directions à une forme de saupoudrage qui aboutit à une avancée globale de tous les agents et cadres à un rythme comparable.

¹⁷ Article 5 du protocole d'accord du 30 novembre 2004

Annexe 2 - Plages d'évolution salariale par niveau

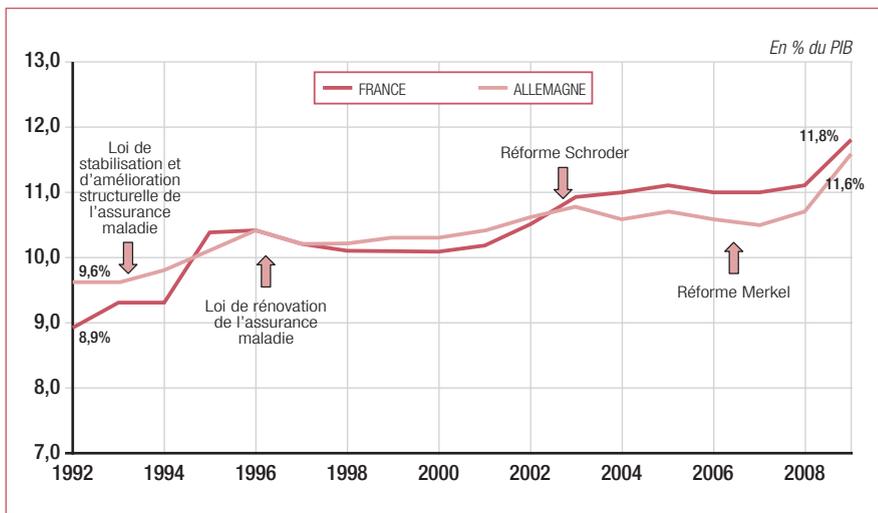
Les rémunérations peuvent évoluer au sein d'une plage selon les limites suivantes (en points)¹⁸ :

- ▼ Niveau 1 (qualifications les plus simples : « agents ») : Coefficient de qualification 190¹⁹ Coefficient maximum 267
- ▼ Niveau 2 Coefficient de qualification 198 Coefficient maximum 302
- ▼ Niveau 3 Coefficient de qualification 215 Coefficient maximum 337
- ▼ Niveau 4 Coefficient de qualification 240 Coefficient maximum 377
- ▼ Niveau 5A (« cadres » de proximité) Coefficient de qualification 260 Coefficient maximum 432
- ▼ Niveau 5B Coefficient de qualification 285 Coefficient maximum 477
- ▼ Niveau 6 Coefficient de qualification 315 Coefficient maximum 512
- ▼ Niveau 7 (« cadres » supérieurs) Coefficient de qualification 360 Coefficient maximum 587
- ▼ Niveau 8 Coefficient de qualification 400 Coefficient maximum 635
- ▼ Niveau 9 Coefficient de qualification 430 Coefficient maximum 675

Les agents de direction font l'objet d'une autre grille de rémunération, relevant d'une autre convention collective²⁰.

Annexe 3 : dépenses totales de santé en France et en Allemagne 1992 – 2008

Tableau 8 : dépenses totales de santé



Source : OCDE Éco santé 2011.

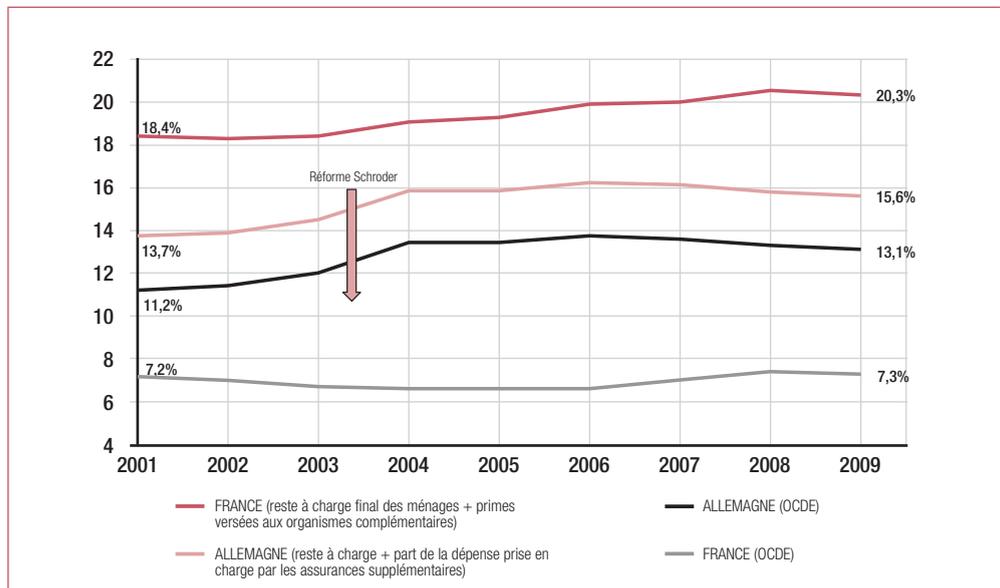
18 Protocole d'accord du 15 mars 2012 relatif à la rémunération des personnels.

19 Un point est défini à 7,20738 euros en 2013.

20 Convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 mise à jour par avenant le 22 juillet en 2005.

Annexe 4 : reste à charge des assurés en France et en Allemagne, 2001-2009

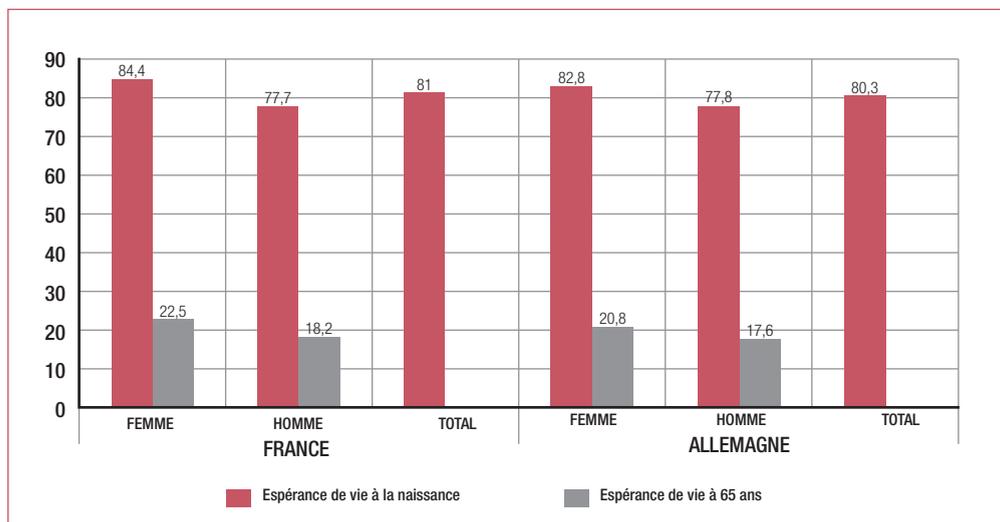
Tableau 9 : reste à charge en proportion de la dépense totale



Source : OCDE Ecosanté, fonds CMU, comptes sociaux de la santé 2001-2009

Annexe 5 : espérance de vie en France et en Allemagne en 2011

Tableau 10 : espérance de vie à la naissance et à 65 ans, Allemagne / France



Source : OCDE Ecosanté 2011



Remise du Prix 2016 aux auteurs, par Jean PISANI-FERRY, Commissaire général de France stratégie et D. LIBAULT, Directeur de l'EN3S



Les auteurs de l'ouvrage primé. De gauche à droite : Odile CHAGNY, Christophe BLOT et Sabine LE BAYON

Prix de l'EN3S 2016

L'EN3S a organisé, en partenariat avec France Stratégie et pour la troisième année consécutive¹, le Prix de l'EN3S. Ce prix a vocation à mettre en lumière les ouvrages de référence parus durant l'année écoulée. L'École s'appuie pour cela sur un jury de sélection réunissant des personnalités éminentes de la protection sociale française.

Cette année, sept ouvrages étaient en sélection. Le choix du jury s'est porté sur « *faut-il suivre le modèle allemand ?* » co-écrit par Christophe BLOT, Odile CHAGNY et Sabine LE BAYON.

La cérémonie de remise du Prix EN3S 2016 a eu lieu le 18 février 2016 dans les locaux de France Stratégie en présence de Jean PISANI-FERRY, Commissaire général de France Stratégie, de Dominique LIBAULT, Directeur de l'EN3S, des membres du jury et des auteurs primés.

Cet événement a réuni les principaux acteurs de la protection sociale avec des membres des Hauts Conseils et Conseils d'orientation en lien avec les problématiques de protection sociale, des chercheurs et des directeurs d'organismes de Sécurité sociale et de protection sociale.

Animée par Julien Damon, sociologue, professeur associé à Sciences Po et conseiller scientifique de l'EN3S, la cérémonie de remise du Prix a permis aux participants d'échanger avec les lauréats.

Retrouvez l'intégralité de la cérémonie sur le compte YouTube de l'EN3S et la note de lecture d'ouvrage page 217.

<https://www.youtube.com/user/en3sTV>

¹ En 2014, le prix EN3S a été remis à Laurent DAVEZIES pour son ouvrage « La crise qui vient » (Prix EN3S Perspectives) et à Pierre Louis BRAS et Didier TABUTEAU pour leur ouvrage « Les assurances maladie » (Prix EN3S Pédagogie). En 2015, le Prix EN3S a été remis à Dominique POLTON pour son ouvrage « La santé pour tous ? » (Prix EN3S Pédagogie) et Pierre JOXE pour son ouvrage « Soif de justice : Au secours des juridictions sociales » (Prix EN3S Perspectives).

Bibliographie

En rouge, les ouvrages sélectionnés pour le prix EN3S 2016.

Du solidarisme à l'économie solidaire : fonder et réaliser la solidarité / sous la direction de Emmanuel d'Hombres. – Lyon : Chronique sociale, 2015. – 216 p.
ISBN : 978-2-36717-132-6

Encadrer les parcours de soins : vers des alliances thérapeutiques élargies ? / Frederik Mispelblom Beyer. – Paris : Dunod, 2015. – 226 p.
ISBN : 978-2-10-072851-0

Ce modèle social que le monde ne nous envie plus / Jean-Olivier Hairault. – Paris : Albin Michel, 2015. – 176 p.
ISBN : 978-2-22-631274-7

Impôt et cotisation : quel financement pour la protection sociale ? Un colloque organisé par le Conseil d'État le 27 juin 2014 / Conseil d'État. – Paris : La Documentation française, 2015. – 176 p.
ISBN : 978-2-11-009952-5

Inégalités / Anthony Barnes Atkinson. – Paris : Seuil, 2016. – 442 p.
ISBN : 978-2-02-129711-9

Refonder le système de protection sociale – pour une nouvelle génération de droits sociaux / Bernard Gazier, Bruno Palier et Hélène Périer. – Paris : Presses de Sciences Po (Les), collection nouveaux débats, 2014. – 208 p.
ISBN : 978-2-724-61625-5

La bataille des allocs : mutations de la politique familiale française / Marie-Françoise Clergeau. – Paris : Lemieux Editeur, 2015. – 116 p.
ISBN : 978-2-37344-039-3

La fin de notre système de santé ? / Dr Jean-Paul Hamon, Daniel Rosenweg. – Paris : Albin Michel, 2015. – 199 p.
ISBN : 978-2-226-31280-8

La France du bon coin : le micro-entrepreneuriat à l'heure de l'économie collaborative / Davis Ménascé. – Paris : Institut de l'entreprise, 2015. – 55 p.

La France en chiffres : de 1870 à nos jours / sous la direction d'Olivier Wieviorka, Julie Le Gac, Anne-Laure Ollivier, Raphaël Spina. – Paris : Perrin, 2015. – 666 p.
ISBN : 978-2-262-02741-4



La juste part : repenser les inégalités, la richesse et la fabrication des grille-pains / David Robichaud, Patrick Turmel. – Liens qui libèrent (Les), 2016. – 143 p.
ISBN : 979-10-209-0360-0

La médecine sans médecin ? : le numérique au service du malade / Guy Vallancien. – Paris : Gallimard (Éditions), 2015. – 303 p.
ISBN : 978-2-07-014884-4

Faut-il suivre le modèle allemand ? / Christophe Blot, Odile Chagny et Sabine Le Bayon. – Paris : La documentation française. Collection doc' en poche, place au débat. 2015. – 168 p.
ISBN : 978-2-11-010075-7

La Protection Sociale en 500 mots / Club de réflexion sur l'avenir de la protection sociale. – Paris : Docis, 2015. – 296 p.
ISBN : 978-2-85525-395-4

La santé publique / Aquilino Morelle, Didier Tabuteau. – Paris : Presses universitaires de France, 2015. – 127 p.
ISBN : 978-2-13-063290-0

La santé publique en France : un cas d'école / Christian Rollet. – Rennes : EHESP, 2015. – 191 p.
ISBN : 978-2-8109-0390-0

La vie au guichet : administrer la misère / Vincent Dubois. – Paris : Points, 2015. – 356 p.
ISBN : 978-2-7578-4637-7

Inégalités d'accès aux soins – acteurs de santé territoriales / Joy Raynaud. – Paris : Économica. 2015. – 192 p.
ISBN : 978-2-71-786795-4

L'état social et les jeunes en Europe : analyse comparée des politiques de citoyenneté socioéconomique des jeunes / Tom Chevalier, Bruno Palier, directeur de thèse. – Paris : IEP, 2015. – 520 p.

Le bon gouvernement / Pierre Rosanvallon. – Paris : Éditions du Seuil, 2015. – 405 p.
ISBN : 978-2-02-122422-1

Le changement agile : se transformer rapidement et durablement / David Autissier, Jean-Michel Moutot. – Paris : Dunod, 2015. – 187 p.
ISBN : 978-2-10-072612-7

La fin des préretraites et européanisation des politiques de retraite en France et en Allemagne / Lou Mandin. – Paris : L'Harmattan. Coll. Logiques politiques. 2014. – 424 p.
ISBN : 978-2-343-01331-2

Le moteur du changement : la démocratie sociale ! / Jacky Bontems, Aude de Castet, avec la collaboration de Michel Noblecourt ; préface de François Hollande,.... – Paris : Lignes de repères ; Fondation Jean Jaurès, 2015. – 184 p.
 ISBN : 978-2-36609-026-0

Le mystère français / Hervé Le Bras, Emmanuel Todd. – Paris : Points, 2015. – 321 p.
 ISBN : 978-2-7578-5540-9

Les allocations logement : Comment les réformer ? / Antoine Bozio, Gabrielle Fack, Julien Grenet. – Paris : Rue d'Ulm, 2015. – 94 p.
 ISBN : 978-2-7288-0538-9

Les politiques sociales en France / Jean-David Peroz. – Paris : Dunod, 2015. – 203 p.
 ISBN : 978-2-10-073849-6

Gouvernance par les nombres / Alain SUPIOT. – Paris : Fayard, Coll. Poids et mesures du monde. 2015. – 512 p.
 ISBN : 978-2-21-368109-2

Politiques de santé : idées, innovations et illusions : mélanges en l'honneur de Jean de Kervasdoué. – Paris : Economica, 2015. – 352 p.
 ISBN : 978-2-7178-6822-7

Politique de santé : réussir le changement / Frédéric Bizard. – Paris : Dunod, 2015
 ISBN : 978-2-10-073084-1

Quel management pour concilier performances et bien-être au travail ? / Coord. Laurent Karsenty. – Toulouse : Octarès, 2015
 ISBN : 978-2-36630-043-7

Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales / Serge Paugam.- PUF : 2015. – 976 p.
 ISBN : 978-2-13-063380-8

Union européenne : une Europe sociale et solidaire ? / Abdelkhaleq Berramdane, Karine Abderemane. – Mare et Martin, 2015
 ISBN : 978-2-8493-4189-6

Politique de santé : réussir le changement / Frédéric Bizard. – Paris : Dunod (Éditions), Coll. Santé Social. 2015. – 256 p.
 ISBN : 978-2-10-073084-1

Vers une économie patrimoniale des retraites ? : les réformes dans les pays de l'OCDE / Ahcène Amarouche. – Paris : Hermann (Editions), 2015. – 160 p.
 ISBN : 978-2-7056-9143-1

Voulons-nous vraiment l'égalité ? / Patrick Savidan. – Paris : Albin Michel, 2015. – 346 p.
 ISBN : 978-2-226-31647-9

Note de lecture par Christophe BEAUDOUIN, Directeur adjoint de l'EN3S



Christophe Blot, Odile Chagny et Sabine Le Bayon, *Faut-il suivre le modèle allemand ?* Paris, La documentation française, Collection doc' en poche, place au débat, 2015, 168 pages.

Il est un dicton qui dit : « quand je me vois, je me désole... quand je me compare, je me console ». Le livre *Faut-il suivre le modèle allemand ?* incite indéniablement à la comparaison. Mais peut-être pas à la consolation.

La réussite économique de l'Allemagne tend par contraste à souligner plus encore les difficultés de la France à contenir notamment son taux de chômage. L'Allemagne qui apparaissait vingt ans en arrière comme « l'homme malade » de l'Europe fait aujourd'hui figure d'hyper-puissance. Son taux de chômage est au plus bas et ses excédents commerciaux sont au plus haut.

Ce modèle allemand si régulièrement vanté nous interpelle à trois titres :

- ▼ Premièrement, de quoi est-il le résultat : des réformes du travail engagées (les lois dites Hartz) notamment sous le gouvernement Schröder ou d'une évolution plus structurelle de l'économie amorcée dès le milieu des années 90 ?
- ▼ deuxièmement, tout est-il à suivre dans ce modèle ? A contrario, la France peut sans doute se targuer de certaines réussites.
- ▼ troisièmement, cette réussite s'est accompagnée d'une précarisation des salariés les plus modestes, obligeant l'ensemble des acteurs socio-économiques et politiques à décider de l'instauration progressive d'un salaire minimum interprofessionnel légal entre 2015 et 2017.

L'Allemagne présente une vraie tradition de dialogue sociale et de négociations régulées entre partenaires sociaux. Il existe en effet un particularisme du modèle social allemand, qui « *laisse le marché jouer son rôle, tout en favorisant le développement d'une société socialement équitable* ». Ce modèle présente six spécificités majeures : un libéralisme régulé, des acteurs économiques forts, autonomes et responsables, une priorité donnée à la stabilité des prix, une organisation politique très décentralisée privilégiant le principe de subsidiarité, une protection sociale de type bismarckien fondée sur l'exercice d'une activité professionnelle et enfin la farouche volonté de « demeurer une puissance commerciale et industrielle forte ». Son secteur industriel qui représente 32 % du PIB voit ses performances tirées par l'industrie automobile et celle des biens d'équipement (machines-outils). Son tissu de PME comme ses dispositifs de formation sont autant d'atouts qui maintiennent l'Allemagne dans un haut niveau de compétitivité.

Les réformes du travail ont certainement été un levier supplémentaire dans le développement ou du moins dans le maintien de la compétitivité allemande mais il semblerait qu'elles aient moins compté qu'une lente mutation de l'économie engagée depuis le milieu des années 90 et qui se caractérise à la fois « *par une internationalisation croissante des entreprises et une érosion du système de négociations collectives de branche* ».

Plus encore, l'économie allemande a bénéficié de la modération salariale négociée dans le secteur manufacturier et de l'externalisation des activités de service. En périphérie de la régulation sociale



traditionnelle, ce secteur des services va concentrer la majorité des salariés précaires, aux temps partiels subis et aux taux horaires bruts moyens très faibles (cinq euros). *De plus en plus de personnes se sont retrouvés hors du champ de la négociation collective classique, ce qui a favorisé une forte progression de la part des bas salaires.* Au final, les inégalités salariales entre secteurs se sont creusées et le nombre d'allemands pauvres a augmenté (le taux de pauvreté est désormais supérieur à celui de la France).

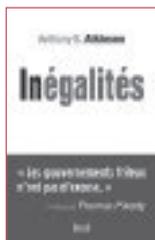
Si l'Allemagne affiche des résultats macro-économiques inégalés, elle est aujourd'hui confrontée au défi du vieillissement de sa population. L'Allemagne n'a jamais brillé par sa politique familiale et son taux de fécondité reste nettement inférieur à celui de la France (1,4 contre 2 en 2012 source Eurostat). La démographie est le talon d'Achille de l'Allemagne. Celui qui pourrait compromettre à terme son dynamisme économique. D'où ces dernières années, des mesures en faveur de la conciliation vie familiale et vie professionnelle et au-delà, une farouche volonté des allemands à conserver leurs précieux excédents commerciaux sous forme d'épargne qui, le moment venu, permettront de payer leurs retraites. Ainsi, on comprend mieux pourquoi les allemands sont rétifs à toute relance de type keynésien en Europe.

L'installation durable d'une forme de dualité sur le marché du travail a amené les politiques et syndicats à envisager la création d'un salaire minimum dont l'entrée en vigueur va s'étaler jusqu'en 2017. Une réaction devant l'érosion du système de relations professionnelles qui creuse les inégalités salariales et l'absence de régulation dans les secteurs éloignés des pratiques de négociation conventionnelle.

S'il est possible de parler de miracle économique, l'Allemagne n'en reste pas moins confrontée à deux défis : d'une part, le vieillissement démographique et d'autre part, l'insuffisance de l'investissement public, notamment en matière d'infrastructures.

Deux champs où le modèle français mérite cette fois d'être suivi à titre d'exemple...

Note de lecture par **Julien DAMON**, *Professeur associé à Sciences Po, Conseiller scientifique de l'EN3S*



Anthony Atkinson, *Inégalités*, Seuil, 2016, 446 pages.

Précurseur et toujours proche de Thomas Piketty, Anthony Atkinson est un éminent spécialiste anglais de la redistribution. Il propose une nouvelle fresque sur les inégalités et, surtout, un paquet de mesures afin d'en diminuer des niveaux aujourd'hui presque universellement condamnés.

Atkinson fait mouche avec un ouvrage accessible et concret, dédié aux salariés du NHS (le service public de santé britannique), dont les droits d'auteurs iront, notamment,

à Emmaüs. L'analyse débute par un retour sur ces inégalités de revenu et de richesse qui, partout ou presque, inquiètent. Sans équation indigeste, l'économiste rappelle que le monde, en particulier dans la zone OCDE, a connu un tassement des inégalités, de la seconde guerre mondiale aux années 1970, grâce à l'extension de la protection sociale et à la progressivité de l'impôt. Il signale un « tournant vers l'inégalité » dans les années 1980, même s'il n'a pas concerné tout le monde, l'Amérique Latine en particulier. Et la France se singularise bien davantage par le maintien des disparités que par leur explosion. Atkinson souligne que toutes les inégalités ne sont pas égales. Certaines dispersions statistiques sont parfaitement légitimes quand certaines différences sont proprement injustes. Dans une volonté de réconcilier équité et efficience, l'auteur avance un paquet de 15 recommandations qui font la saveur de son analyse.

Parmi ses propositions, qui font système, certaines vont bien au-delà des outils socio-fiscaux. Ainsi Atkinson plaide-t-il pour des politiques publiques plus favorables à l'innovation et à l'employabilité. Au plan macro-économique, il considère que la lutte contre le chômage doit prendre place au même rang et avec les mêmes obligations que la lutte contre l'inflation. D'un point de vue institutionnel, sans citer ici le cas français, il invite à créer des « conseils économiques et sociaux » pour faire vivre le dialogue social. C'est assurément lorsqu'il s'agit des instruments de la redistribution qu'il est le plus innovant et le plus déterminé. Favorable à la progressivité de la fiscalité, il place à 65 % le taux marginal d'imposition sur les revenus (ce qui fera autant hurler qu'applaudir). Plus inventif, il envisage la création d'une dotation en capital versée à tous, au moment de la majorité, en tant qu'héritage minimum attribué à tous les jeunes. Une telle dotation serait financée par une taxation plus élevée des successions, legs, dons et donations reçus au cours de sa vie. Attaché aux prestations universelles plutôt que sous condition de ressource, Atkinson préconise des allocations familiales généreuses, dès le premier enfant et soumises à l'imposition (ce qu'elles ne sont pas, dans ces trois dimensions, en France). Fin connaisseur de tous les mécanismes, il se méfie du revenu dit universel ou de citoyenneté, en relisant les formulations de Prix Nobel aussi divergents que Milton Friedman et James Tobin, mais envisage un « revenu de participation » complétant la protection sociale. Il examine aussi l'idée d'un revenu de base, mais pour les enfants, à l'échelle de l'Union européenne.

Il prône également l'établissement de fonds souverains, sur le modèle du fonds stratégique d'investissement (FSI), et s'intéresse à l'impôt sur la fortune (ISF). ISF et FSI ne sont pas les seuls instruments français qui séduisent l'économiste, dans sa volonté de traiter des inégalités dans une perspective bien plus large. En matière de développement il invite à passer le niveau de l'aide publique internationale à 1 % du PIB des pays riches (ce, soit dit en passant, alors qu'elle n'atteint pas encore les 0,7 % envisagé).

Bien entendu toutes ces recommandations et suggestions feront réagir. Imprimées à cet effet, et accompagnées des premières réponses aux objections qu'elles ne manqueront pas de susciter (« pas les moyens », « impossibilité politique », « douce utopie », « dangereux égalitarisme », etc.), elles sont étudiées avec rigueur et conviction. La rigueur d'un Atkinson qui est l'un des plus grands experts des bases de données sur ces questions sociales. La conviction d'un auteur qui n'accepte pas la supposée inéluctabilité de la croissance démesurée des inégalités. Et qui rétorque que c'est pendant une première période de mondialisation que se sont constitués les États-providence. À ces derniers, donc, de s'adapter au nouveau contexte économique, aux nouvelles formes d'emploi et de croissance. Atkinson nous offre, en tout cas, une pièce majeure qui prolonge et complète les travaux et débats autour de Piketty (qui préface l'édition française de cet ouvrage majeur).

Note de lecture par **Julien DAMON**, Professeur associé à Sciences Po,
Conseiller scientifique de l'EN3S



Michael SANDEL, *Justice*, Paris, Albin Michel, 2016, 416 pages, 22 €.

Voici ce que l'on baptise, avec un latin de circonstance, un *magnum opus*. Déjà diffusé à des millions d'exemplaires dans le monde, « *Justice* » vient très opportunément d'être traduit. Version rédigée d'un cours magistral et interactif à Havard (www.justiceharvard.org) ce texte fait vraiment à la fois réfléchir profondément. Et sourire souvent.

Michael SANDEL compte parmi les intellectuels actuels les plus influents. Et les pédagogues les plus efficaces. Il fait le tour des théories de la justice, présentant et réfutant à la fois le libéralisme extrême et le simple utilitarisme. Soutenant une voie moyenne, en faveur de la vie bonne et de la délibération publique vertueuse, il appuie sa démonstration à partir de dilemmes moraux quotidiens et de grandes questions politiques. Soucieux d'obligation civique et de bien commun, il se fait critique et présentateur pédagogue de RAWLS, de KANT (pour qui, comme le résume SANDEL, « c'est l'intention qui compte ») ou encore d'ARISTOTE (qu'il apprécie particulièrement).

La traduction de « *Justice* » était attendue. L'auteur – qui remplit des amphithéâtres et des stades – propose un parcours dans les enjeux de la philosophie politique, rigoureux et lumineux. Le pédagogue accompagne le lecteur dans le déploiement des raisonnements et dans les chocs d'arguments entre les conceptions rivales du juste. Trois grandes conceptions, utilitariste, libertarienne, communautariste visent la maximisation du bien-être, le respect de la liberté, la promotion de la vertu. Champion du troisième camp, Michael SANDEL (même si la dénomination « communautarisme » ne lui convient pas) ne fait pas dans l'exégèse ésotérique des manières de concevoir la justice. Il propose une évaluation des théories de la justice à partir de situations et d'exemples très concrets. Il en va de dilemmes moraux, comme de sujets très actuels. Certains développements ont trait à ses discussions, pendant les cours, avec ses étudiants qu'il aime sonder en direct sur les sujets les plus controversés (le recours à la torture, le mariage homosexuel, la vente d'organes, la gestation commerciale pour autrui). L'idée est de mesurer les convictions, leur justification, la qualité des argumentations et des objections. Sur des sujets aussi divers que la conscription ou l'armée de métier (avec une page originale sur la Légion étrangère), l'acceptation du handicap dans une équipe de pom-pom girls, SANDEL sait susciter l'intérêt et souvent, le sourire. Comme il l'écrit, il s'agit de « se frayer un chemin sur le terrain très disputé de la justice et de l'injustice, de l'égalité et de l'inégalité, des droits individuels et du bien commun ». La thèse de SANDEL veut dépasser le libéralisme et l'utilitarisme. Estimant qu'il est impossible de dire le juste sans se référer à la nature de la vie bonne, il plaide pour la promotion de la vertu et du civisme.

ACTUALITÉ DE LA PROTECTION SOCIALE

CYCLE
2016-2017

Égalité femmes-hommes • Jeunes • Parcours de santé •
Engagement et reconnaissance • Bien vieillir •
Organisations en réseau • Uberisation • Agent-comptable

PROGRAMME

- **Les personnels : quel engagement et quelle reconnaissance ?**
Mardi 11 octobre 2016
- **L'Uberisation : opportunité ou menace pour la protection sociale ?**
Jeudi 3 novembre 2016
- **Les jeunes : grands oubliés de la protection sociale ?**
Mardi 13 décembre 2016
- **Le vieillissement : quel accompagnement et quelle prévention ?**
Mardi 10 janvier 2017
- **L'égalité femmes-hommes : une priorité de la protection sociale ?**
Mardi 28 février 2017
- **Le parcours de santé : quelle organisation et quelles perspectives ?**
Jeudi 30 mars 2017
- **L'agent comptable : quelle articulation avec les autres acteurs et quelles perspectives ?**
Jeudi 11 mai 2017
- **Les organisations en réseau : quelles marges locales et quel rôle central ?**
Mardi 13 juin 2017

APS
en ligne !

Le programme complet APS 2016-2017,
avec les dernières mises à jour

www.en3s.fr/formation-continue/journees-d-etude/
www.sciencespo.fr/formation-continue/

Retrouvez les derniers numéros de la revue « Regards » sur le site internet de l'en3s, rubrique « publications »



La revue « Regards » est aussi la vôtre !
Un projet de votre organisme vous tient particulièrement à cœur ?
Vous avez lu un ouvrage professionnel qui vous a marqué ?
Vous souhaitez partager avec vos pairs ?

Contactez-nous :

Isabelle Plantier

Tél : 04 77 81 15 29 (ligne directe) - Courriel : iplantier@en3s.fr

LES GRANDS DOSSIERS DE LA PROTECTION SOCIALE

31^e
ÉDITION



L'INNOVATION AU CŒUR DE LA PROTECTION SOCIALE

Reims
3-7 octobre 2016



www.en3s.fr

L'AVENIR
DE LA
PROTECTION
SOCIALE
SE BESSINE
AVEC VOUS



ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

Achévé d'imprimer en juin 2016
sur les presses de

R E B O U L  IMPRIMERIE 
www.reboul-imprimerie.com

SAINT-ÉTIENNE

Dépôt légal : 2^e trimestre 2016

N° d'imprimeur : 1385



www.en3s.fr

ECOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

On dit le système français de protection sociale « à deux étages ». L'édifice se caractérise, en effet, entre autres choses, par la coexistence de régimes de base et de régimes complémentaires. Principalement présents en ce qui concerne l'assurance maladie et les retraites, les thèmes de l'articulation et du rapprochement entre ces deux niveaux suscitent interrogations, propositions et innovations. Abordés en tant que ressorts de productivité et d'efficacité, ces sujets se comprennent, également, dans une dynamique d'extension des couvertures.

Afin de prendre la bonne mesure de la situation, un historique et un panorama s'imposent d'abord.

Des études approfondies des synergies et effets observés nourrissent, ensuite, une évaluation raisonnée de la redistributivité et de l'accessibilité d'une telle complémentarité.

Enfin, dans un souci partagé d'optimisation et une volonté générale de juguler la complexité, des perspectives sont tracées, des propositions sont versées aux débats, sur ce point capital de la structuration et de l'évolution de la protection sociale à la française.



FLASHER CE QR CODE
POUR ACCÉDER
À NOS PUBLICATIONS



regards
PROTECTION SOCIALE

N°49
JUN 2016