

AO Mire « Gouvernance de la protection sociale »

Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise

KERLEAU Monique (Responsable),
Franck DURAND, Anne FRETTEL, Isabelle HIRTZLIN

**Tome I - Rapport final
Janvier 2008**

Centre d'Économie de la Sorbonne
Université Paris 1, CNRS UMR 8174
106-112, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris
kerleau@univ-paris1.fr

Sommaire - Tome I

Première Partie	
La protection sociale complémentaire en entreprise : Etat des lieux	5
CHAPITRE 1	
L'institutionnalisation de la protection sociale complémentaire d'entreprise	7
CHAPITRE 2	
Cadrage macro-économique de la protection sociale complémentaire	53
CHAPITRE 3	
Protection sociale complémentaire : des marchés en mutation	85
CHAPITRE 4	
La protection sociale complémentaire dans la négociation collective	117
Deuxième Partie	
Les pratiques d'entreprise en matière de protection sociale complémentaire	183
CHAPITRE 5	
Construction du cadre d'analyse	187
CHAPITRE 6	
Protection sociale complémentaire : pratiques observées dans les entreprises	229
CHAPITRE 7	
Variété et dynamiques des protections sociales complémentaires dans les entreprises	313

Ce projet de recherche n'aurait pas pu aboutir sans la collaboration des entreprises dont nous étudions ici les régimes de protection sociale complémentaire et qui nous ont ouvert leurs portes. Nous remercions particulièrement toutes celles et ceux qui ont accepté de nous recevoir et que la règle d'anonymat sur laquelle nous nous sommes engagés ne nous autorise pas à citer.

Au travers d'échanges toujours intéressants et fructueux, elles et ils nous ont permis de mener à bien les investigations qui nourrissent ce rapport de recherche. C'est toutefois sous notre entière responsabilité que les analyses que nous proposons ont été élaborées.

La rédaction de ce rapport est le produit de différentes contributions.

Isabelle HIRTZLIN a pris en charge l'approche macro-économique de la protection sociale complémentaire d'entreprise (Chapitre 2). Elle a conduit l'analyse des garanties santé et contribué à la rédaction du Chapitre 6.

Anne FRETTEL a réalisé l'exploitation statistique de la base des données des accords d'entreprise et rédigé le Chapitre 4.

Franck DURAND a, au cours de la recherche, apporté son expérience et son expertise de professionnel sur les aspects juridiques et techniques de la protection complémentaire d'entreprise. Il a réalisé l'une des monographies et a effectué les simulations qui figurent en divers points du rapport.

La synthèse a été rédigée par Monique KERLEAU qui reste bien évidemment seule responsable de son contenu ainsi que des erreurs ou omissions qui pourraient subsister.

Introduction

Formée historiquement dans l'entreprise du XIX^e siècle, la prévoyance collective, devenue protection complémentaire après l'institution de la Sécurité sociale, a évolué pendant longtemps dans une sphère autonome, « affaire privée interne à l'entreprise »¹, avant de devenir, au début de ce millénaire, un instrument de politique publique dans le champ de la protection sociale. Désormais, sous l'impulsion décisive des réformes de 2003 « loi Fillon » et de 2004 « loi Douste-Blazy », la régulation de pans significatifs de la protection sociale, en assurance-maladie et en assurance-retraite, passe par la mobilisation de l'entreprise et des assureurs complémentaires. Ces acteurs du marché sont appelés à contribuer à l'élaboration, à la mise en place et au contrôle de dispositifs de protection destinés à compléter, voire relayer, les protections de base obligatoires de la Sécurité sociale. C'est à cette dimension sectorielle d'une « nouvelle gouvernance » de la protection sociale que la présente recherche s'est intéressée.

1. De quoi parle-t-on ?

Commençons par définir le champ couvert et situer d'entrée de jeu ses évolutions contemporaines, évolutions que nous préciserons par la suite. Par protection sociale complémentaire d'entreprise (dorénavant PSCE), on désigne l'ensemble des couvertures qui interviennent en « complément » des prestations garanties par la Sécurité sociale dans les domaines de l'assurance maladie, de la prévoyance (décès, incapacité, invalidité) et de la retraite. Ces couvertures sont acquises par des acheteurs « privés » mais, à la différence des protections complémentaires individuelles, elles sont fournies dans un cadre professionnel « collectif ». Enfin elles sont « facultatives » au sens où elles ne sont soumises à aucune obligation légale. Quatre éléments sont donc en jeu dans la définition de la PSCE.

Une protection sociale « complémentaire »

La demande et l'offre de PSCE trouvent leur source dans le caractère partiel des prestations sociales servies par le régime général de la Sécurité sociale en compensation, soit de la perte de revenu entraînée par la maladie, l'incapacité, l'invalidité ou la retraite, soit des dépenses induites par les soins de santé. Selon les risques qu'elles couvrent, les couvertures complémentaires relèvent toutefois de généalogies et de problématiques différentes.²

En ce qui concerne la retraite, l'assurance complémentaire est organisée en deux niveaux. Le premier niveau, obligatoire donc hors champ de notre étude, est occupé par les régimes de retraite complémentaire des cadres et des non-cadres nés, respectivement en 1946 et en 1961, de la volonté des partenaires sociaux de corriger les faiblesses des pensions vieillesse du régime de base de la Sécurité sociale puis généralisées en 1972.^{3,4} Le deuxième niveau est celui des régimes facultatifs, sur-complémentaires ou supplémentaires, destinés à l'origine

¹ S. MONTAGNE : *Les fonds de pension. Entre protection sociale et spéculation financière*. Paris : Odile Jacob, 2006.

² P. LAIGRE : « Quel est l'intérêt de généraliser le niveau complémentaire ? » In : F. CHARPENTIER (Dir.) *Encyclopédie de la protection sociale. Quelle refondation ?* Paris : Economica, 2000, pp. 935-946.

³ Il s'agit des régimes AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) et ARRCO (Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés), généralisés par la loi du 29 décembre 1972 qui a rendu obligatoire l'affiliation à un régime de retraite complémentaire de tous les salariés de l'industrie et du commerce.

⁴ Relèvent également de l'obligation, le versement par l'entreprise au salarié partant à la retraite une prestation sous forme de capital (indemnité de fin de carrière ou de départ à la retraite). Le montant des indemnités est fixé par la convention collective ou à défaut par la loi. Cette obligation peut être assumée par l'entreprise sans avoir recours à un organisme assureur.

essentiellement aux cadres, mais qui aujourd'hui, alors que les régimes de retraite par répartition ne paraissent pas pouvoir garantir des taux de remplacement satisfaisants, tendent à se diffuser plus largement.

En matière de couverture des dépenses de santé, l'évolution doit être contrastée selon les segments. L'assurance maladie a en effet eu dès l'origine une double vocation en couvrant, d'une part, les pertes de salaire provoquées par la maladie (revenus de remplacement) et, d'autre part, les charges supplémentaires occasionnées par les soins (prestations en nature). Les remboursements de la Sécurité sociale étaient faibles en matière d'indemnités journalières, ce qui a encouragé le développement de couvertures de prévoyance complémentaire de branches, rendues obligatoires par l'accord national inter-professionnel de 1977 et la loi de mensualisation de 1978. Ce deuxième niveau de prévoyance collective obligatoire, qui au-delà de l'incapacité temporaire couvre les risques invalidité et décès, peut être complété par des garanties de prévoyance complémentaire. Les prestations en nature ont, elles, et en dépit du co-paiement (ticket modérateur), été conçues pour couvrir une part significative des dépenses de soins auxquelles le risque maladie exposait le salarié ou ses ayants-droit. Ces dépenses ont, au fil du temps, accaparé une part grandissante des ressources sociales. C'est cette part que les nombreux plans de redressement des comptes de l'assurance maladie mis en œuvre, dès la fin des années soixante-dix, ont cherché à maîtriser en activant de façon récurrente les leviers du déremboursement, de l'alourdissement des tickets modérateurs et de l'extension du périmètre des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie. Certes, au plan macro-économique, la progression significative du nombre de maladies donnant droit à l'exonération du ticket modérateur, masque la régression structurelle de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense nationale de santé, il n'en reste pas moins qu'au fur et à mesure que le co-paiement s'étend, le besoin de couvertures complémentaires s'accroît pour les individus. Mais à la différence des retraites ou des risques invalidité-incapacité-décès, il reste satisfait dans le cadre d'un dispositif qui, bien que discuté⁵, continue de reposer sur deux piliers : l'assurance maladie de base et la couverture complémentaire offerte par les organismes assureurs.

Une protection sociale « marchande »

Ainsi, pour la vieillesse et l'incapacité-invalidité-décès, on part d'un modèle résiduel, pour la maladie, d'un modèle généreux mais, dans les deux cas, la tendance est la même. Le salarié a besoin d'acheter au cours de sa vie active de plus en plus de retraite future ou de protection contre les accidents de la vie. Le patient est de plus en plus dépendant des assurances complémentaires pour acheter plus d'accessibilité au système de soins ou, dit autrement, un peu moins de reste à charge. La protection complémentaire est donc marchande, au sens où le consommateur en assume le coût. Ce mouvement offre des opportunités de croissance importantes pour les trois grandes familles d'opérateurs que sont les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance. Ce marché de la protection complémentaire est devenu au cours des dernières années un marché de plus en plus concurrentiel du fait notamment de la levée d'un certain nombre de barrières réglementaires, levée favorable à l'entrée de nouveaux compétiteurs (courtiers, banques) et à l'effacement des partages d'activités plus ou moins institués entre les opérateurs historiques.

Pour autant l'individu n'est pas complètement abandonné au marché. Le renvoi sur le marché de ce que le secteur public ou obligatoire ne prend plus en charge s'appuie sur un ensemble de mécanismes incitatifs qui prennent la forme classique d'aides fiscales : crédits d'impôts pour

⁵ Le débat a été rendu public lors de la publication du rapport de F. CHADELAT « *La répartition des interventions entre régime obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé* ». Commission des Comptes de la Sécurité sociale, avril 2003

l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie individuelle, régimes fiscaux avantageux pour l'achat de plans d'épargne retraite, exonérations sociales et fiscales pour les contrats collectifs d'entreprise. Ces incitations sont conformes aux enseignements de la théorie des défaillances du marché de l'assurance. Le fait que les individus valorisent insuffisamment certains biens, dont la consommation est pourtant source d'externalités positives, justifie l'intervention publique, ici sous la forme d'un subventionnement à l'achat de couvertures privées, parce que les coûts encourus par les individus qui se protègent génèrent un bénéfice social important.⁶ L'aide fiscale a toutefois sa contrepartie : elle doit contribuer à orienter l'offre et la demande vers des pratiques vertueuses, respectueuses des orientations prises par les autorités publiques pour stabiliser les régimes obligatoires. C'est à cette logique que répond le « contrat responsable » mis en place par la réforme de 2004, réforme qui marque une évolution notable dans la mesure où la fiscalité a été jusqu'à présent peu utilisée comme outil de pilotage de la politique sociale. La fiscalité prend place par ailleurs dans un ensemble d'instruments de normalisation et de réglementation qui cadrent le jeu des acteurs, et donc encadrent le processus de marchandisation, en application de réglementations nationales ou supranationales.

Une protection « d'entreprise »

Si les compléments privés de protection n'ont pas vocation à n'être fournis que sous la forme collective, de fait, aujourd'hui, une fraction importante de la protection sociale complémentaire est mise en place dans le cadre de l'entreprise et greffée sur le contrat de travail. Ce n'est toutefois pas une nouveauté. A l'origine « libéralité » de l'employeur, puis insérée dans le droit du travail en émergence à la fin du XIX^e siècle⁷, la constitution d'avantages sociaux au profit des salariés s'institutionnalise après-guerre. La prévoyance collective prend son essor avec l'intervention d'organismes spécialisés, tiers entre l'employeur et le salarié. Elle se délimite dès lors par « triangulation juridique ». L'engagement de l'employeur vis-à-vis du salarié s'inscrit dans le cadre du contrat de travail, la relation entre l'entreprise et l'organisme assureur relève du contrat commercial, la relation entre le salarié et l'organisme assureur étant placée quant à elle sous le régime d'un contrat d'adhésion, un peu particulier puisqu'il est dépendant du lien juridique entre l'entreprise et l'organisme assureur.⁸

Le développement de la prévoyance d'entreprise est soutenu par la mise en place d'un traitement social et fiscal avantageux qui date des années 70. Les mesures récentes réaffirment la préférence du décideur public pour ces formes collectives de protection. Il est vrai que face aux opérateurs de l'assurance complémentaire, les entreprises ont un pouvoir de négociation qui, associé aux effets d'échelle, permettent de limiter les montants des primes ou des adhésions et de réduire le coût des protections privées. Suscitée et orientée par les pouvoirs publics, la PSCE est toutefois loin d'être généralisée et loin d'être homogène. Si dans les grandes entreprises, la PSCE s'est le plus souvent construite dans le cadre de conventions négociées entre les partenaires sociaux, ailleurs, elle est restée dépendante de la décision discrétionnaire des employeurs. En outre, dans les grandes entreprises, la gouvernance de la PSCE diffère selon que le modèle d'essence paritaire propre aux dispositifs obligatoires s'est ou non diffusé aux régimes de prévoyance, notamment aux régimes collectifs santé, historiquement principalement de tradition mutualiste, mais pas exclusivement, selon également la place faite aux compagnies d'assurance. L'hétérogénéité des processus et des modèles trouve logiquement son

⁶ Voir sur ce point L.H. SUMMERS « Some simple economics of mandated benefits », *American Economic Association Papers and proceedings*, 1989, 79 (2), pp. 177-183.

⁷ P. MARTIN : « Epargne salariale et retraite : les avatars de la protection sociale d'entreprise en Europe », *Droit Social*, 2003, n°2 (février), pp. 202-215.

⁸ G. LYON-CAEN : « La deuxième jeunesse de la prévoyance sociale ». *Droit Social*, n°4, avril 1986, pp. 290-295.

prolongement dans la très grande hétérogénéité des populations protégées et de leurs couvertures.⁹

Une protection facultative

L'hétérogénéité héritée est très certainement à mettre au compte du caractère « facultatif » de la PSCE. A la différence des régimes de retraite complémentaire obligatoires, les régimes de retraite supplémentaire, de prévoyance ou d'assurance maladie complémentaire sont fondés sur le principe du volontariat. Cela étant, nombre d'accords collectifs négociés au niveau de la branche font naître pour l'entreprise des obligations dès lors que le décideur public intervient en étendant, voire en élargissant, les textes signés par les partenaires sociaux. C'est dans le cadre de ce « droit conventionnel » que la protection sociale complémentaire a tendance à s'institutionnaliser dans certaines branches et dans les grandes entreprises. Par ailleurs, alors que l'incitation à l'achat individuel d'une couverture complémentaire peine à prouver son efficacité, l'acteur public s'est donné, avec les lois récentes de 2003 et 2004, des outils pour promouvoir, en le rationalisant, le modèle obligatoire.¹⁰ Désormais, les contrats collectifs devront être obligatoires et responsables pour pouvoir tirer parti d'un traitement socio-fiscal avantageux. Simultanément, il s'agit pour l'acteur public, en s'appuyant sur les différents niveaux de la négociation collective, de réactiver le dialogue social. En atteste un code du travail qui a introduit, pour les entreprises non couvertes par un accord de branche, l'obligation annuelle d'engager une négociation sur un régime de complémentaire maladie ; en atteste également l'invitation faite aux partenaires sociaux d'engager des négociations, dans le cadre d'un accord national interprofessionnel, afin de développer la complémentaire maladie obligatoire dans les PME.

2. Pourquoi et comment s'intéresser à la PSCE ?

Trois enseignements se dégagent de ces rapides observations préliminaires qui permettent de préciser les orientations de la recherche.

Une complémentarité indispensable à la protection sociale des individus

Le premier enseignement est qu'en dépit des flux financiers comparativement modestes au regard de ce que représentent les couvertures obligatoires des risques vieillesse, incapacité, invalidité et maladie, les couvertures complémentaires sont aujourd'hui un pilier indispensable de la protection sociale et très probablement promises à un développement renforcé. En raison de tendances structurelles lourdes (vieillissement de la population, croissance ralentie, dette sociale), la place occupée par les régimes généralisés ne peut en effet que se réduire, quand bien même les politiques publiques de durcissement d'accès aux droits pour la retraite ou l'invalidité-incapacité, ou de maîtrise des dépenses de santé, parviendraient à marquer des points en redonnant un peu d'aisance budgétaire aux régimes obligatoires. Dans un contexte socio-démographique exigeant en ressources alors que les pressions budgétaires sont fortes, la

⁹ Analysée par les travaux réalisés dans le cadre d'un précédent appel d'offre de la Mire : BURDILLAT M ; Protection sociale d'entreprise, *Cahiers de la MiRe*, n° 2, juin 1998, p. 3-6 ; TURQUET P. « L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise : de fortes inégalités malgré l'existence d'une réglementation plus favorable ». Communication au Colloque Accès inégal à l'emploi et à la protection sociale. MATISSE, Paris, 16-17 septembre 2004.

¹⁰ Du point de vue économique, le modèle obligatoire permet de désamorcer les phénomènes d'anti-sélection qui font que seuls les mauvais risques s'assurent, cf. M. ROTHSCHILD et J. STIGLITZ « Equilibrium in competitive insurance markets », *Quarterly Journal of Economics*, 1976, 90, 629-650 ; P-Y GEOFFARD « Assurance maladie : la gestion du risque long », *Revue d'Économie Politique*, 2000, 110(4), pp. 457-482.

voie de retour vers les systèmes publics, consolidés et généreux de l'État social, semble bien fermée. Nous partons de cette hypothèse de travail.

Une régulation incitative

En soulignant que le niveau de protection accordé par les régimes obligatoires ne suffit plus à garantir une couverture suffisante, le développement des dispositifs complémentaires met en évidence simultanément le rôle essentiel joué par les acteurs privés. Dans ce contexte, la définition de nouvelles règles du jeu implique les autorités publiques dans un processus de réarrangement d'intérêts divers. Elles doivent en effet composer avec des secteurs d'activité structurés, des pratiques instituées d'entreprises, des allocations établies de « droits de décision » au sein des collectifs de travail. Le rôle de l'État s'observe à ces différents niveaux où il se déploie selon des formes d'intervention qui privilégient le modelage des incitations. Le changement est important. Alors qu'elle a, par le passé, essentiellement¹¹ relevé de l'intervention réglementaire ponctuelle et du management d'entreprise, voire de l'administration du personnel, la PSCE est inscrite aujourd'hui dans un cadre, politique et institutionnel, qui l'impulse, la légitime, la finance et lui assigne des responsabilités élargies – que ce soit dans la compensation des effets des aléas de l'existence ou dans la couverture de fractions croissantes de la population – ou nouvelles – accompagner les politiques gouvernementales de gestion des risques vieillesse, invalidité ou maladie. Du coup, on voit que cette régulation incitative donne matière à transactions entre une autorité publique censée protéger un bien socialement utile (la protection sociale) et des intérêts privés *a priori* dissociés qu'il s'agit de coordonner. Là, réside le besoin de « gouvernance » de la protection sociale.¹² Dans le champ de la santé ce besoin a reçu une traduction institutionnelle par la création en 2004 de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), qui forme avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professions de santé le socle de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie voulue par les pouvoirs publics et destinée à créer les conditions d'une participation renforcée des organismes complémentaires à la politique de gestion du risque développée par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Un modèle hybride : entre assurance sociale et assurance privée

Si l'on s'intéresse, en troisième lieu, non plus à la dynamique institutionnelle, mais au modèle économique et social de la PSCE, un dernier enseignement peut être tiré. Le développement de la PSCE est à mettre en relation, nous l'avons vu, avec la marchandisation de la protection sociale. Pour autant, le modèle qu'elle propose est plus proche du modèle « sécurité sociale »¹³ que du modèle « assurantiel pur ». Les dispositions réglementaires récentes vont en effet dans le même sens pour : encourager le collectif face à l'individuel et l'obligatoire face au facultatif, dissuader la sélection des risques, unifier les garanties à l'intérieur de catégories, valoriser la négociation et la gestion paritaire et insérer les mécanismes contractuels dans un ensemble de

¹¹ La seule loi organisant le champ de la PSCE est la loi Évin de 1989.

¹² Au sens Williamsonien du terme. Le terme de gouvernance a été introduit par WILLIAMSON dans le champ de la firme pour poser théoriquement, à partir des relations de transaction, l'existence de modes de *coordination* différents du marché. « *The Economic Institutions of Capitalism* ». Free Press, 1985

¹³ Dans ce modèle qui peut être qualifié de modèle « d'assurance de revenu salarial », les droits sont ouverts aux salariés et à leurs ayants-droits, son financement repose sur les cotisations sociales des salariés et des employeurs, les prestations en espèces sont contributives et les versements sont calculés à proportion du salaire de référence. Son architecture institutionnelle repose sur la gestion séparée des risques et sur la segmentation des régimes réservés à des catégories professionnelles, à des branches ou à des entreprises. Sa gestion implique conjointement les syndicats de salariés et les représentants d'employeurs. Cf. A. LECHEVALIER, B. PALIER « Essai d'analyse des caractéristiques économiques, sociales et politiques du régime d'assurance de revenu salarial ». Communication au *Colloque État et Régulation sociale*, Centre d'Économie de la Sorbonne – Matisse, septembre 2006.

règles responsables, tant vis-à-vis de la collectivité que des assurés. Le système d'incitation peut jouer certes comme élément déclencheur et normalisant dans les entreprises sans régimes de prévoyance ou de retraite mais, ailleurs, dans entreprises qui ont mis en place des assurances complémentaires collectives, il « entre » dans des pratiques établies, dans des systèmes institués et dans des champ de relations économiques et sociales stabilisées. Toutefois dans les deux cas, s'il peut opérer comme une contrainte, il peut aussi apporter aux acteurs – les entreprises, les assureurs et les salariés – de nouvelles ressources stratégiques. Il convient alors de s'intéresser de près à la façon dont les entreprises, dans cet environnement nouveau, (re)problématisent leurs dispositifs d'assurance complémentaire collective ou, pour reprendre les expressions de B. Palier, leurs manières de penser et de faire la protection sociale d'entreprise.¹⁴

Résumons les développements qui précèdent, pour poser l'hypothèse de travail qui sous-tend notre recherche, les questionnements qu'elle ouvre et présenter les deux volets autour desquels elle a été organisée.

Hypothèse de travail et objectif de recherche. La mise sur l'agenda politique de la PSCE, au début des années 2000, témoigne de la préférence du décideur public a) pour des formes complémentaires de protection sociale dont l'organisation, encadrée et régulée, revient aux acteurs du marché, organismes assureurs et entreprises, b) pour un modèle de protection complémentaire obligatoire, largement mutualisé, négocié entre les partenaires sociaux et responsable. En ce qui concerne la première dimension, on est face à un phénomène qui touche aux transformations du rôle de l'État dans la fourniture de biens publics, phénomène que recouvre, dans son acception sociopolitique la notion de « *gouvernance* » de la protection sociale sur laquelle l'appel d'offres invite à réfléchir. L'autre dimension de notre hypothèse met l'accent sur l'orientation normative en faveur d'un modèle de protection sociale complémentaire. Elle interroge le mode de « *gouvernance* » de la protection complémentaire d'entreprise, au sens ici, non plus des arrangements par lesquels les institutions de protection sociale négocient avec les autorités publiques les principes, procédures et objectifs de coopération pour une protection socialement utile, mais à celui des arrangements entre des parties prenantes directement impliquées dans la construction de dispositifs de protection sociale collectifs. Le niveau d'analyse est ici micro plutôt que macro-institutionnel et la perspective analytique qui est la nôtre met l'accent sur les processus et procédures de décision coordonnant l'action de l'ensemble des acteurs du champ considéré, a) sur les contraintes qui pèsent sur les choix des acteurs, b) sur les objectifs poursuivis dans la prise en charge « complémentaire » des risques « sociaux », c) mais aussi sur les intérêts en jeu. Comment et par qui se prennent les décisions ? Au profit de qui et pour quoi ? Qui tient la « boussole »¹⁵ de la PSCE ?

Telles sont les questions auxquelles cette recherche veut répondre et ceci en ayant en vue deux séries d'interrogations induites par notre hypothèse de travail. Que la phase actuelle exhibe les préférences de l'acteur public signifie-t-il que la trajectoire de la PSCE soit aujourd'hui clairement dessinée ? A ce stade de la recherche, la question est largement ouverte, et ceci pour deux raisons.

Questionnements spécifiques. La première de ces raisons est que la figure de l'entreprise constituée en « collectif protecteur »¹⁶ est associée à la régulation fordiste qui a caractérisé l'économie jusque dans les années 80. Or, on sait que les facteurs qui ont pu, à un moment donné, favoriser et légitimer la constitution de grandes formes d'organisations collectives,

¹⁴ B. PALIER « *Gouverner la Sécurité Sociale* ». Paris : PUF, 2002.

¹⁵ Nous empruntons cette expression à A. PIROVANO « La boussole de la société. Intérêt commun, intérêt social, intérêt de l'entreprise ? », Paris : *Recueil DALLOZ*, 1997, Ch 280.

¹⁶ R. CASTEL « *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* » Paris : Éditions du Seuil, la République des Idées, 2003.

articulant, dans la négociation, marchés internes, salaires et avantages sociaux – conférant à la PSCE la triple fonction de « rémunération », d'« assurance » et de « paix sociale » sur laquelle nous reviendrons – ont été absorbés par la dynamique de globalisation et la prévalence de la logique financière. De fait, l'entreprise fordiste a laissé place à des formes d'entreprise dont les frontières, économiques et sociales, sont de moins en moins superposables. Que devient alors le modèle de protection sociale d'entreprise quand les espaces de solidarité qui l'ont soutenu et légitimé se fragmentent ? Quand les contrats de travail se fractionnent ? Quand le duo fordiste, État-partenaires sociaux, se « refonde » ? *A fortiori* quelle est sa capacité à diffuser dans le tissu plus large des petites et moyennes entreprises sur lesquelles pèse le poids de la flexibilité de marché ? N'est-il pas finalement paradoxal, pour l'acteur public, de réinvestir d'une mission de protection sociale, donc de protection contre les risques, l'entreprise, entité elle-même largement soumise aux aléas d'un contexte mondialisé et financiarisé ? N'est-il pas paradoxal d'attendre un bon niveau de protection engendré par un contrat d'entreprise alors que le lien du salarié avec l'employeur s'estompe et avec lui la force des engagements sociaux de ce dernier ? Comment rendre compte de ces paradoxes ?

La deuxième de ces raisons est que la capacité du modèle de protection d'entreprise à répéter le modèle d'assurance sociale de base est très certainement liée à son caractère « complémentaire ». Dans leurs divers cheminement, les avantages sociaux acquis par et dans l'entreprise sont jusqu'à présent restés clairement « complémentaires » : ni en retraite, ni en prévoyance, n'ont été mis en place des mécanismes conduisant à remplacer tout ou partie des régimes obligatoires façonnés depuis 1945. Or, si en assurance santé, le caractère « complémentaire » reste toujours très marqué, pour autant « le positionnement “derrière la sécurité sociale” », semble de moins en moins unanimement accepté.¹⁷ Dans le champ de l'assurance vieillesse, la frontière est elle-même devenue ténue entre « épargne » et « retraite » : de nombreux produits d'épargne salariale semblent plus « ajouter », en l'occurrence le fruit d'une épargne, que « compléter » les prestations servis par le régime général ou les régimes complémentaires. Cette nuance n'est pas sans importance.¹⁸ « Complétant », les systèmes restent articulés à la protection sociale originelle, celle de la Sécurité sociale, et lui empruntent ses caractéristiques organisationnelles. « S'additionnant », ne peuvent-ils pas s'en affranchir et se couler dans d'autres principes et d'autres règles qui au bout du compte pourraient déplacer le curseur de cet hybride qu'est la PSCE vers le modèle assurantiel ? Le rôle joué par les parties prenantes à la PSCE que sont les organismes assureurs et les intermédiaires courtiers est ici crucial.

3. Présentation des volets de la recherche

Notre recherche s'est appuyée sur deux approches complémentaires qui fournissent la matière aux deux parties du présent rapport.

Une *première partie* est consacrée à la présentation la PSCE. Il s'agit de fonder nos hypothèses de travail sur la dynamique institutionnelle : en premier lieu, en montrant comment d'une affaire privée interne à l'entreprise, la PSCE est devenue une affaire de politique publique ; en deuxième lieu en analysant les instruments incitatifs mis en place, en direction des entreprises,

¹⁷ En atteste la revendication de certains opérateurs de devenir des acteurs à part entière dans la gestion du risque santé et non plus simples suiveurs du régime obligatoire, écrivant leurs garanties en complément de la sécurité sociale, en s'alignant sur ses nomenclatures, en remboursant en pourcentage du régime obligatoire notamment. cf. M. BINST « Innovation en assurance santé : un nouveau souffle », *Risques*, n° 70, juin 2007, pp. 83-86.

¹⁸ P. LAIGRE « Les plans d'épargne retraite : la main visible du marché », *Droit Social*, n°5, mai 1997, pp. 482-492.

des organismes complémentaires et des partenaires sociaux pour développer et/ou réorganiser les régimes d'entreprise. Cette partie est également l'occasion de rassembler un ensemble d'informations dispersées sur un secteur d'activité qui reste finalement assez mal connu.

La *deuxième partie* est consacrée à l'enquête que nous avons menée dans une dizaine d'entreprises et dont les monographies figurent dans le Tome 2 du rapport. Quels sont les risques couverts ? A quelles catégories de salariés sont-ils destinés ? Comment sont-ils financés ? Quelles sont les garanties contractuelles offertes ? Qui sont les organismes gestionnaires ? En bref quelle est l'architecture générale des systèmes de protection sociale mis en place dans les entreprises qui viennent compléter les prestations de base de la sécurité sociale obligatoire ? Dans quelle mesure les pratiques, anciennes pour certaines entreprises, ont-elles été réévaluées à l'aune de l'évolution récente du cadre législatif et réglementaire ? Quelles sont les règles de décision adoptées et comment comprendre, et analyser, les arbitrages faits dans les entreprises, par les différentes parties prenantes au système de protection sociale complémentaire ? Comment et par qui se prennent les décisions, ou dit autrement, qui tient la boussole de la prévoyance collective ? C'est cette série de questions que l'enquête en entreprise a voulu explorer.

Nous présenterons plus bas la méthodologie de la recherche, mais son orientation générale est la suivante.

Nous développerons notre présupposé selon lequel l'architecture, à un moment donné, du système de protection sociale dans l'entreprise est la résultante de choix faits par les parties prenantes à la décision, lors de sa mise en place ou de son évolution au cours du temps. La confrontation des faits observés aux choix possibles laissera apparaître l'existence de règles de décision, par exemple « mettre en place un régime unique pour l'ensemble des salariés », « instaurer une cotisation forfaitaire », « différencier les prestations », « choisir une mutuelle de préférence à une société d'assurance ». Nous verrons que l'usage de ces règles est variable ; elles désignent des manières différentes de faire de la prévoyance collective.

De ce point de vue il sera intéressant de contraster les cas d'entreprise pour tenter de comprendre quels sont les déterminants des choix à ces points critiques, lourds d'enjeux quant au niveau des couvertures, quant aux espaces de solidarité qu'ils délimitent, quant à la répartition de l'effort contributif, quant à la gestion et au pilotage des régimes mis en place. Les données économiques, sociales et politiques qui s'enchevêtrent dans cet espace de décision sont complexes. Quels arbitrages les entreprises font-elles entre la logique de rémunération et la logique de protection sociale, voire de « responsabilité sociale » attachées aux protections complémentaires collectives ? Quels sont (s'il y en a) les principes de gouvernement de la PSCE et comment la part « politique » qui renvoie aux intérêts différents portés par les acteurs du triangle structure-t-elle la décision ? Nous tenterons ensuite d'approfondir l'analyse inter-cas pour comprendre comment les entreprises réagissent aux changements du système d'incitation. Constituent-ils une contrainte ou une ressource stratégique nouvelle ? Comment les entreprises réagissent-elles à ce processus d'institutionnalisation de la protection sociale complémentaire ? Nous serons alors armés pour tirer quelques enseignements sur la place de l'entreprise dans la « gouvernance de la protection sociale ».

PREMIERE PARTIE

LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN ENTREPRISE : ETAT DES LIEUX

Chapitre 1. Institutionnalisation de la protection sociale
complémentaire d'entreprise

Chapitre 2. Cadrage macro-économique de la protection sociale
complémentaire d'entreprise

Chapitre 3. Protection sociale complémentaire :
des marchés en mutation

Chapitre 4. La protection sociale complémentaire
dans la négociation collective

Introduction

Cette première partie vise à rassembler autour de la protection sociale complémentaire en entreprise, une information dispersée qu'il convient d'actualiser à l'aune des modifications récentes de l'environnement institutionnel. Ce travail doit notamment nous permettre de fixer les éléments de contexte, étape préalable au travail de terrain.

L'objectif visé est d'approfondir les éléments de caractérisation de la PSCE en privilégiant quatre « entrées ».

La PSCE doit être envisagée comme un ensemble d'institutions hétérogènes qui ont une histoire longue. Ce sont ces institutions qui sont aujourd'hui « mises en mouvement » par les réformes en cours, qu'il s'agisse des retraites ou de l'assurance maladie, ainsi que par les changements qui s'opèrent dans le sillage des normes prudentielles introduites par les directives européennes. La matière du *premier chapitre* vise à retracer la dynamique historique de la protection sociale complémentaire d'entreprise (d'où viennent les institutions ?) et à poser, le plus précisément possible, le cadre réglementaire qui borne aujourd'hui l'espace de décision des entreprises (comment fonctionnent-elles ?)

Des difficultés subsistent quant à l'identification des masses financières associées à la PSCE et à leur poids macro-économique : nous chercherons donc à caractériser l'ensemble des systèmes d'information permettant de quantifier les flux engendrés par la couverture de la prévoyance au sens large. Pour mener à bien cette opération, qui est l'objet du *chapitre 2*, nous utiliserons et croiserons les sources d'information comptables fournies par les comptes détaillés de la protection sociale (DREES), les comptes nationaux (INSEE) et les informations collectées auprès des opérateurs. Il s'agira d'une estimation des flux directs. Le chiffrage, tant du coût pour les finances sociales que du coût fiscal de ces prestations qui bénéficient de règles d'exonération sociale et de déductibilité fiscale, n'est pas tenté. Il appellerait une recherche spécifique.

Les organismes assureurs (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) exercent leur activité d'assurance complémentaire dans un cadre qui a fortement convergé à la faveur de quelques grandes étapes principales. Pour autant, celui-ci n'est pas encore complètement stabilisé. C'est dans cet environnement institutionnel très évolutif qu'ont été engagées un certain nombre de transformations qui affectent les structures du marché de la protection complémentaire en entreprise. Dans le *chapitre 3*, nous nous intéresserons à ces évolutions, selon une approche d'économie industrielle

La PSCE fait l'objet de négociations collectives mais les sources quantitatives permettant de mesurer la place qu'elle y tient sont très rares. Nous chercherons donc, dans le *chapitre 4* à évaluer l'ampleur des négociations d'entreprise et de branche ayant conduit à la mise en place de régimes de protection sociale complémentaire. Pour cela, à partir des données collectées par la DARES auprès des Directions Départementales du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, nous recenserons et analyserons les accords signés au cours des vingt dernières années sur les thèmes de la prévoyance et des retraites collectives.

CHAPITRE 1

L'institutionnalisation de la protection sociale complémentaire d'entreprise

La mise en perspective historique que nous développons ci-après met l'accent sur le pluralisme institutionnel qui caractérise ce sous-secteur de la protection sociale. Elle a pour objectif de suivre les transformations des institutions de la protection sociale complémentaire au cours du temps. Elle rassemble un ensemble d'éléments de littérature ordonnés selon une périodisation que l'on fait débiter à la fin du XIX^e siècle avec l'essor du « rôle social de l'entreprise » et la genèse des lois sociales de 1920-30 (*section 1*). Le deuxième temps de cette histoire (1945-46) est celle de l'édification de la Sécurité sociale et des Institutions de prévoyance. Est présenté et discuté le décret du 8 juin 1946 qui définit les « Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés » et, ce faisant, ouvre des espaces pour les activités des mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance pour la couverture des risques sociaux (*section 2*). Au long des quarante années qui suivent, le système de protection sociale se généralise par la création de régimes spéciaux et de régimes complémentaires d'entreprise construits autour, d'abord, de la retraite, puis d'une conception large de la prévoyance. Paradoxalement, dans un contexte qui voit se multiplier les points d'application d'un panachage des systèmes de protection, obligatoires et complémentaires, et croître l'activité de leurs institutions gestionnaires, la prévoyance complémentaire constitue un ensemble peu coordonné (*section 3*). Tel est le bilan que l'on peut établir au milieu des années 80 qui est le moment de la reprise en main de la protection sociale complémentaire par l'acteur public, en lien avec l'adaptation aux directives européennes quant aux assurances. Dans ce processus, la loi de prévoyance du 31 décembre 1989, dite loi Evin, est une étape importante qui fixe les règles du jeu triangulaire entre l'État, les entreprises et les organismes complémentaires (*section 4*). La couverture sociale complémentaire apparaît de nouveau sur l'agenda politique en même temps que la réforme des retraites de 2003 puis de celle de l'assurance maladie en 2004. La protection sociale complémentaire et notamment les dispositifs collectifs d'entreprise, sont impliqués dans la régulation d'ensemble du système de protection sociale, qu'il s'agisse de la recomposition des systèmes de retraite ou de la maîtrise des dépenses de santé : l'État-régulateur, apparaît être le centre de gravité d'un ensemble pluri-acteurs (partenaires sociaux, salariés, organismes complémentaires, assurés sociaux) (*section 5*).

Section 1. Rôle protecteur de l'entreprise et genèse des lois sociales 1920-30

Si on suit la réflexion de H. Hatzfeld, l'entreprise est le lieu historique de la construction d'une protection sociale des ouvriers. Sa thèse est la suivante. En mettant en place les dispositifs patronaux de protection sociale au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle, les employeurs sont animés de certaines intentions : d'une part, stabiliser et discipliner la main d'œuvre, d'autre part assumer certains risques qualifiés de risques sociaux (1.1). Ces intentions, entre logique d'intérêt et logique de contrôle, conformément leurs positions dans le débat autour des assurances sociales (1920-1930) où se joue un jeu plus bipolaire, patronat-État, marqué par la défiance de l'un à l'égard de l'autre, que triangulaire (1.2). Si le mouvement ouvrier n'est pas en capacité de créer ses propres institutions de protection sociale, il peut réagir à celles qui lui sont imposées : au niveau des « attitudes ouvrières » se dessine le clivage entre le syndicalisme et le mutualisme qui laissera des traces profondes dans l'organisation de la protection sociale complémentaire (1.3). Simultanément, un autre jeu se joue du côté des assureurs qui, au long de cette période et en arguant de l'efficacité de leur équipement technique, vont revendiquer un rôle dans les assurances sociales en voie d'institutionnalisation (1.4). Dans les années 30, ces assurances privées trouveront matière à se développer auprès des populations non couvertes par les lois sur les assurances sociales (1.5.)

1.1. L'entreprise, lieu historique de construction d'une protection sociale des ouvriers

Au milieu du XIX^e siècle, la « question sociale » trouve, dans les intentions des réformateurs sociaux et de leurs mises en pratique, deux grands types de réponse : le développement des caisses d'épargne et de prévoyance volontaire, d'une part, l'institution du patronage patronal, d'autre part.¹⁹ L'un et l'autre posent les prémices des institutions de la protection sociale d'entreprise.

C'est dans la première moitié du siècle que se créent les institutions fondatrices de l'économie sociale que sont les caisses d'épargne et les caisses de secours mutuels, toutes deux supportées par une conception facultative et volontaire, mais individuelle ou collective, de la prévoyance, seule à même de garantir l'insécurité de la condition salariale. Ces sociétés de secours mutuels qui, au début de la III^e République apparaîtront sous la forme d'un mouvement structuré, à défaut d'être profondément bien implanté dans la classe ouvrière, sont néanmoins puissamment encadrées et la Mutualité étroitement surveillée, puisque les autorités leur interdisent toute activité de défense professionnelle. Leur développement est étroitement lié au patronage patronal que l'on voit apparaître dans les grands sites industriels de l'époque à l'initiative de certains employeurs qui mettent en place logements et services sociaux destinés à leurs salariés.²⁰

Ces initiatives paternalistes ne doivent pas être dissociées de leur capacité à fixer la main d'œuvre. C'est dans l'histoire de la métallurgie qu'H. Hatzfeld trouve matière à formuler cette hypothèse de travail : si les maîtres des forges ont choisi d'offrir à leur personnel des éléments de sécurité pour leur avenir, plutôt que des éléments de sécurité immédiats par des salaires plus élevés, c'est pour fidéliser des salariés dont la « défection », par mobilité ou absentéisme,

¹⁹ Outre H. HATZFELD, on lira également R. CASTEL « *Les métamorphoses de la question sociale* ». Paris : Gallimard, Folio/essais, 1995.

²⁰ L'une des entreprises enquêtées (LUX, cf. *infra*) dont les racines historiques sont lointaines symbolise ce paternalisme patronal ; créée au début du siècle dernier, AUTO également. Dans ces deux entreprises, nos interlocuteurs insisteront sur les filiations entre le « paternalisme patronal » du XIX^{ème} siècle/début du XX^{ème} siècle et la « responsabilité sociale de l'entreprise » qui irrigue aujourd'hui leur politique de protection sociale collective.

représente alors un problème aigu auquel sont confrontées les entreprises au début de l'industrialisation.²¹ L'origine rurale de la plupart des ouvriers qui considèrent le travail industriel comme un travail d'appoint, constitue en effet un frein à la stabilisation de la main d'œuvre dans la grande industrie, même s'il n'en constitue pas l'unique facteur, comme en témoigne la figure du « sublime », ouvrier indiscipliné, habile certes mais instable.²²

Dans tous les cas où le problème du recrutement massif d'un personnel dont il faut assurer la discipline et la stabilité se pose, les solutions retenues sont comparables. La formule consiste à ajouter au salaire des « avantages » accessoires répondant aux besoins des travailleurs mais dont l'attribution n'obéit pas aux règles qui président à la distribution des salaires. « *Répondant à des besoins que le salaire est incapable de satisfaire – en particulier le besoin de sécurité – ces avantages annexes sont soumis en fait à des conditions telles que la fidélité du travailleur et sa bonne tenue, éléments que les chefs d'entreprise peuvent librement apprécier* »²³.

Ces pratiques fixent la main d'œuvre car, en quittant les compagnies ou les entreprises qui les emploient, les ouvriers perdent leurs avantages sociaux.²⁴ Partout elles remplissent peu ou prou cette fonction d'attraction et de fidélisation, mais au-delà même de leur contribution à la résolution d'un problème aigu pour le développement de l'entreprise, s'ajoute une fonction de « contrôle ». Ainsi, les institutions patronales des mines sont mises en place dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, essentiellement sous la forme de caisses de secours. Dans un contexte où l'administration de l'État se préoccupe de la sécurité dans les mines, il s'agit sans doute pour les employeurs « *d'éviter par des libéralités cet acte d'indiscipline qui consiste à s'adresser à des tribunaux* ». ²⁵ Le développement des institutions patronales des chemins de fer se fait, quant à lui, à partir des caisses vieillesse, donc dans le sillage de la loi du 18 juin 1850 qui a créé la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse. Pourquoi des institutions autonomes se développent-elles alors qu'il existe un système légal ? A cette question énoncée sous forme de paradoxe, il est possible de répondre en faisant ressortir deux logiques qui sous-tendent alors la démarche patronale. Une logique de donnant-donnant, d'abord : en échange d'une amélioration des prestations par rapport au système national, les compagnies employeurs prennent la gestion directe des risques. Une logique de contrôle, ensuite : les sommes déposées à la Caisse nationale au compte de l'ouvrier donnent à ce dernier une indépendance par rapport à la compagnie où il travaille ; en en assurant la gestion directe, cette dernière resserre son emprise sur un personnel nombreux mais disséminé. Derrière le modèle tutélaire, « éclairé », se profilent des relations de dépendance et de contrôle, qu'il est nécessaire d'identifier pour comprendre la nature des oppositions patronales qui accompagneront plus tard les débats autour des assurances sociales.

« *Les institutions patronales de secours et de prévoyance sont au XIX^e siècle les premières ébauches de notre Sécurité sociale. (...) Avant que ne se pose le problème du patronat à l'égard d'une législation en train de se faire, une partie du patronat a créé à l'usage des ouvriers des caisses de maladie ou de retraite (...) Ainsi, lorsque le législateur à partir des dernières décennies du XIX^e siècle voudra créer un système obligatoire pour telle profession (les mineurs par exemple) ou pour tous les travailleurs, la réaction du patronat ne pourra s'expliquer par l'exclusive crainte d'être, de quelque manière, imposé. Ce qui en jeu c'est l'existence des caisses patronales, leur autonomie, leurs chances de développement.* »²⁶

²¹ P. FRIDENSON « Les transformations des pratiques de subordination dans les entreprises et l'évolution du tissu productif » in H. PETIT et N. THÉVENOT « *Les nouvelles frontières du travail subordonné* ». Paris : Éditions La Découverte, 2006, p. 21-46.

²² Figure rappelée par B. GAZIER « Tous "sublimes" ». Paris : Flammarion, 2003, p. 11.

²³ H. HATZFELD, *op. cit.*, p.110.

²⁴ R. CASTEL, *op. cit.*, p. 413.

²⁵ H. HATZFELD, *op. cit.*, p.116.

²⁶ *Ibid.* p.104.

En attendant ce processus législatif, la constitution des institutions patronales se fait-elle en dehors de l'intervention du législateur ? Non. Celle-ci est manifeste, en matière sociale, dans les deux dernières décennies du XIX^e siècle, et ceci pour trois raisons principales. La première tient à l'arbitraire de la gestion et des prestations versées : les avantages distribués aux salariés sont des libéralités plus qu'un droit et les institutions sont administrées par des conseils d'administration dont les ouvriers sont absents, d'où des prestations incertaines parce qu'à la discrétion du pouvoir patronal. La deuxième est que ces prestations sont très mal garanties. En effet, à la différence de la Caisse nationale dont les dépôts sont couverts par une garantie d'intérêt de l'État, mais qui offre des retraites d'un montant incertain, les caisses patronales mettent en place un système plus favorable aux travailleurs (taux de pension fixé a priori) mais les prestations ne sont plus gagées par les cotisations correspondantes. Les caisses patronales ne parviennent pas à instituer un financement correspondant aux charges qu'elles assument : les réserves sont bien inférieures aux charges prévues. Du coup, « *ces institutions qu'ils [les promoteurs des institutions patronales] ont voulues et qui sont inviables dans le cadre des entreprises perdent une large part de leur intérêt sitôt qu'elles ne sont plus liées à ces dernières.* »²⁷ Troisième raison : les caisses patronales ne concernent qu'une minorité de travailleurs, ceux des grandes industries et ces avantages doivent être étendus. H. Hatzfeld, note à ce propos que le clivage entre la petite et la grande industrie « *que l'on retrouve constamment dans l'histoire de la Sécurité sociale* »²⁸ ne renvoie pas seulement aux inégales capacités financières des unes et des autres, mais aussi à une attitude différenciée par rapport aux exigences administratives qu'implique la législation sociale naissante : « *à un monde fait de coutumes et de contrats fait suite un monde de plus en plus étroitement codifié.* »²⁹ Toutefois, les grandes entreprises ne profitent pas de cette situation pour accentuer leur avantage relatif : « *le grand patronat n'a jamais essayé en France de faire disparaître le petit patronat. Tout le monde a sa place mais dans une hiérarchie où le sommet a des responsabilités à l'égard des échelons inférieurs : le grand patronat obtient que les cotisations patronales soient supportables pour le petit patronat (du coup, il allège sa facture), en sauvant l'autonomie des institutions, il obtient l'alliance de ceux qui auraient été incapables de mettre en place un tel système.* »³⁰

C'est à partir de ces expériences et des principes qui les sous-tendent que le patronat va entrer dans le débat qui se noue au cours des années 20 à 30 autour des assurances sociales.

1.2. Le patronat dans le débat social (1920-30)

Dans les années qui suivent la Première Guerre mondiale, différentes lois sociales sont votées : loi sur les 8 heures de travail journalier, loi sur les conventions collectives, loi sur la formation professionnelle et lois sur les assurances sociales. Concernant ces dernières, dix ans ont été nécessaires pour que les débats parlementaires, entamés en 1920 soient « bouclés » en 1930. Ce processus long a vu l'entrée des groupes de pression, en premier lieu le patronat, qui campe d'abord sur une ligne d'opposition, avant d'accepter la réforme sans pour autant en faciliter la mise en œuvre.

L'opposition est d'abord de nature « libérale » : l'obligation vers laquelle tend le législateur public contrevient à l'« essence » de la prévoyance qui doit être libre et éducative et ce discours, en écho au patronage patronal, rejoint l'idéal mutualiste. Elle est également de nature économique : les cotisations sociales obligatoires que la loi sur les assurances sociales impute aux entreprises sont ressenties comme constituant une menace grave sur la production. C'est le point d'opposition le plus explicitement exprimé par les employeurs, bien que l'effort

²⁷ *Ibid*, p.131.

²⁸ *Ibid*, p.137.

²⁹ *Ibid*, p.139.

³⁰ *Ibid*, p.141.

contributif déjà consenti par les grandes entreprises soit supérieur à ce que prévoit la loi. La complexité de la stratégie patronale des grandes entreprises, au regard de la stratégie très simple des petites entreprises « *qui se battent le dos au mur* » pour ne pas voir leurs charges augmenter, doit être ici évoquée. « *Pour les grandes entreprises, adopter la position des petites entreprises, amplifier et orchestrer leur protestation peut être opportun si l'on veut manifester à toutes fins utiles l'unité, la cohésion du corps patronal* »³¹ car les vrais enjeux sont ailleurs³², notamment dans un problème qui va devenir récurrent qui est celui de la dissociation des risques. Certes l'introduction par phases successives est défendue au motif qu'il s'agit avant tout d'alléger l'effort contributif des entreprises, mais les réticences du patronat s'expriment surtout vis-à-vis de l'assurance maladie. Ce thème est nouveau dans la loi en discussion, il correspond à de réelles attentes mais, pour de nombreux groupements patronaux, il ne peut pas être susceptible d'une prise en charge sociale en raison de la méconnaissance des aléas que l'assurance maladie comporte. D'où l'idée de la séparation des risques qui va ressurgir à intervalles réguliers, le plus souvent justifiée au nom de l'équilibre financier, mais qui, plus fondamentalement, témoigne de la réticence des employeurs vers la globalisation de la protection sociale dans une institution de nature étatique.³³ Cette première analyse – l'opposition patronale, au moins celle des grands patrons, relève plus d'une logique de contrôle que d'une logique d'intérêt *stricto sensu* – est confortée à l'examen du cheminement de la position patronale quant à la gestion des caisses : à défaut de pouvoir fonder les assurances sociales sur un monopole de gestion, les employeurs s'orientent vers une représentation partagée, de façon à protéger les institutions issues de leurs initiatives et imposer le principe professionnel ou interprofessionnel sur le principe national.

Une première loi est votée en 1928 (loi du 5 avril) sous réserve qu'une loi rectificative revienne sur les principaux points de discussion. Ce vote soulève l'hostilité générale et révèle plus durement les lignes d'opposition, tant sur la question de l'organisation administrative des caisses que sur celle des niveaux de cotisation et de la répartition des efforts contributifs entre les employeurs, les salariés et l'Etat.³⁴ Finalement la loi sur les assurances sociales obligatoires est promulguée le 1^{er} juillet 1930. L'accord est acquis notamment en rompant avec le principe d'une stricte et prudente orthodoxie financière, ce qui permet l'allègement des charges de cotisations. Mais, sans doute, un autre élément a-t-il pu jouer dans ce dénouement. H. Hatzfeld dévoile le processus d'échange politique qui se noue au même moment entre le grand patronat qui se résigne et le gouvernement qui présente une loi fiscale dégageant les impôts sur les valeurs mobilières françaises et étrangères et sur les opérations de bourse. Ces mesures d'ordre financier qui servent une politique de développement de l'industrie nationale ne sont sans doute pas étrangères à la construction d'un compromis qui met fin à dix années de débats.³⁵

Les conditions financières de la mise en application témoigneront cependant de la permanence de l'hostilité patronale. A la fin du siècle précédent, la constitution des caisses, de secours ou de vieillesse, s'est accompagnée d'une question récurrente : qui doit payer et qui paye en fait ? Pour le patronat, avec la retenue à la source et la compensation éventuelle par des hausses de salaire, c'est le patron qui paie. Pour le travailleur, la cotisation patronale est une partie du salaire. H. Hatzfeld rappelle que c'est Jaurès qui défendra le système de la contribution partagée « *Nous aimons mieux (...) réclamer franchement et loyalement un sacrifice aux compagnies et*

³¹ *Ibid*, p. 141.

³² *Ibid*, p.149.

³³ Le patronat réagira toujours négativement à toute conception globale de la Sécurité sociale et la séparation des risques sera toujours revendiquée, jusqu'à sa satisfaction par les ordonnances de 1967. En ce qui concerne le risque maladie dans sa composante complémentaire, on notera pour mémoire la difficulté qu'il a toujours rencontrée pour être intégré dans un cadre conventionnel de négociation, alors que les risques invalidité-incapacité et décès l'ont été sans susciter l'hostilité des organisations patronales (*cf. infra*, chapitre 4).

³⁴ Lignes d'opposition que la dimension technique des débats qui avaient précédé avait contribué à rendre plus souterraines, H. HATZFELD, *op. cit.* p. 145.

³⁵ H. HATZFELD, *op. cit.* p. 151.

un sacrifice aussi aux ouvriers, de telle sorte qu'il n'y ait plus là comme une organisation de charité, mais comme la reconnaissance du droit sanctionnée par un sacrifice égal »³⁶. Travaillant sur les archives des compagnies textiles ou des houillères, D. Simon rappelle que l'entrée en vigueur des assurances sociales pose d'emblée un problème d'ordre financier « *si le patronat peut récupérer [l'] accroissement des charges par une majoration des prix, les travailleurs ne peuvent compenser leur perte de gain qu'en obtenant une augmentation de salaire* »³⁷. L'auteur fait état d'une enquête réalisée en juillet 1930 par les inspecteurs du travail auprès de plus de 13.000 établissements industriels et commerciaux qui montre que 44% des établissements ont effectué la retenue sur salaire sans compensation, 38 % ont accordé une augmentation compensatrice et 18% ont pris en charge la cotisation ouvrière.³⁸ La compensation est donc loin d'être systématique. Quand elle l'est, elle témoigne de la diversité des compromis qui se construisent entre les patrons et les ouvriers, compensation immédiate, pour assurer la stabilité du personnel, ou différée et conditionnée à l'évolution du coût de la vie. L'auteur note que certains employeurs, comme beaucoup de syndicats patronaux du textile, remplacent la compensation directe par une prime annuelle dite de « fidélité » ou « d'assiduité ». Bien que son montant soit équivalent à celui de la cotisation, son versement dépend de la présence ou non du salarié de l'entreprise en fin d'année. Cette initiative patronale sera à l'origine du conflit très dur que connaît le bassin industriel (né dans le textile, il s'étendra à la métallurgie) du Nord durant tout l'été 1930, conflit qui révélera la diversité des attitudes patronales³⁹ mais la constance d'une opposition à des formes d'assurance socialement organisées.

1.3. Faiblesse de l'organisation ouvrière, sociétés de secours mutuels : syndicalisme et Mutualité

La loi de 1928 n'accorde pas au patronat le monopole de gestion qu'il revendique mais elle permet d'organiser les institutions sociales sur le modèle mutualiste tel qu'il a été fixé par la loi du 1^{er} avril 1898. C'est sur ce modèle que le patronat cherche à réorganiser ses œuvres sociales après les lois sur les assurances sociales. En conséquence « *dans de nombreux départements, des mutuelles d'usine ou de groupes d'usine et des mutuelles interprofessionnelles sont organisées. L'activité mutualo-patronale consiste à fonder des caisses d'usine pour les grands établissements et des caisses interprofessionnelles pour les PME, incorporant les ouvriers et groupées en une union départementale des sociétés de secours mutuels (...) Les employeurs ne manquent pas d'utiliser des moyens de progression et de séduction pour attirer un maximum d'assurés dans leurs caisses. L'adhésion à une mutuelle de l'usine est, dans certains cas, une condition d'embauche* ».⁴⁰

D'où viennent les mutuelles ? Le modèle du mutualisme naît au milieu du XIX^e siècle, dans un contexte laissé vide depuis, d'une part, le décret Allarde de 1791 qui avait, au nom de la liberté du travail, supprimé les corporations et, d'autre part, la loi Le Chapelier qui, la même année, avait condamné les corporations, coalitions et associations. En dépit de ces interdictions, d'anciens modèles d'association persistent. « *C'est à tâtons et, en quelque sorte, à mi-chemin entre [les] formules héritées du passé et [toutes] déjà caduques que les travailleurs chercheront leur voie* »⁴¹ avec la préoccupation, à l'exemple du mutuellisme lyonnais, de ne pas dissocier les

³⁶ *Annales parlementaires, chambre des députés, 24 mars 1888, cité par H. HATZFELD, op. cit. p. 118.*

³⁷ D. SIMON « Le patronat face aux assurances sociale », *Le Mouvement Social*, n° 137, octobre-décembre 1986, p. 20.

³⁸ Archives du Sénat, procès-verbal de la séance du 13 novembre 1930 de la commission de l'hygiène, cité par D. SIMON, p. 21.

³⁹ Comme le relève D. SIMON, (*op. cit.* p. 23) dès le début du conflit plusieurs patrons du textile renoncent à l'introduction de la prime de fidélité au profit de compensations directes.

⁴⁰ D. SIMON, *op.cit.*

⁴¹ H. HATZFELD, *op. cit.* p. 191.

problèmes professionnels des problèmes sociaux. D'où la « confusion » originelle entre syndicalisme et mutualisme et l'incertitude sur le statut des mutuelles : sociétés de prévoyance ou sociétés de résistance ?

Si les coopératives et sociétés de secours mutuels sont encouragées sous le Second Empire, elles sont étroitement encadrées par les mesures légales et réglementaires. La loi de 1852 crée trois catégories de mutuelles : les mutuelles approuvées, sous tutelle administrative, qui sous réserve d'un nombre suffisant de membres honoraires peuvent accorder des pensions de retraite mais elles n'intéressent qu'une fraction infime de d'employés, d'artisans et de petits commerçants ; les mutuelles autorisées sont moins dépendantes de l'administration et des notables, c'est sous cette forme que se constituent le plus souvent les mutuelles ouvrières, mais elles ne disposent que de faibles ressources ; enfin, mais c'est une catégorie minoritaire, les mutuelles reconnues d'utilité publique. Notons que ce même décret de 1852 investit les mutuelles d'un rôle élargi dans la lutte contre les maladies et au-delà dans le domaine de la santé publique. Pour important qu'il soit – puisque les règlements impériaux vont modifier le contenu de l'activité des mutuelles⁴² – ce point n'est toutefois pas essentiel au regard du divorce qu'il provoque entre syndicalisme et mutualisme. En renforçant la Mutualité via la diffusion des mutuelles approuvées à toutes les couches de la population, la législation de 1852 va précipiter le développement d'une Mutualité d'inspiration syndicaliste au profit d'une autre Mutualité où la notion de prévoyance tardera à s'émanciper d'une proximité confuse avec la bienfaisance – aussi « éclairée » soit-elle par l'apport des philanthropes sociaux du XIX^e siècle –. Au début du siècle suivant, tout au long de la lente genèse des lois sur les assurances sociales, cette conception sera relayée, comme nous l'avons rappelé, par la revendication patronale d'une responsabilité sociale de l'entreprise et sur l'idée de patronage patronal.

Pour autant, si le syndicalisme ouvrier est reconnu en 1884, par la loi du 21 mars, la Mutualité devra attendre la loi du 1^{er} avril 1898, pour qu'elle puisse bénéficier du droit d'association qui vaut « *affranchissement de l'omnipotence de l'Etat.* »⁴³ Libérée, la Mutualité se développe. En 1905, les mutuelles comptaient 3.750.000 adhérents contre 846.000 en 1870.⁴⁴ La liberté accordée concerne le droit de créer des mutuelles sans autorisation administrative. Elle concerne également le droit, pour ces dernières, de déterminer souverainement leurs activités dans un domaine d'intervention non limité *a priori* à ses activités traditionnelles (maladie, accident, décès, vieillesse, infirmité) et notamment étendu à l'assurance sur la vie, la retraite et les œuvres sociales. Pour ces activités, les sociétés de secours mutuels sont encouragées à créer des caisses autonomes.⁴⁵ Particulièrement déterminante pour l'avenir de la Mutualité, est la possibilité de créer des unions « *moyen nécessaire pour créer des caisses d'assurances, des dispensaires et des pharmacies, [qui] offre la possibilité de conjuguer des opérations de long terme et des secours temporaires [et] qui ouvre de nouveaux espaces de solidarité.* »⁴⁶ Cette possibilité est saisie. Elle sera à l'origine au tournant du siècle d'une nébuleuse de sociétés et d'unions départementales, unifiée en 1902, sous l'influence décisive de Léon Bourgeois, par la création de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Ainsi précisé, le cadre juridique de la pratique mutualiste devient une référence fondamentale du débat social de la III^e République, sans pour autant parvenir à enraceriner profondément la notion d'assurance. Nous l'avons vu, le manque de soutien du monde ouvrier à l'emprise mutualo-patronale y est sans doute pour beaucoup. Tout aussi décisif est l'attachement de la Mutualité à

⁴² Ce rôle large dans le champ de la santé sera d'ailleurs toujours revendiqué et toujours assumé comme en témoigne le dernier congrès de la Mutualité Française (« Vers un parcours santé mutualiste », Lyon 2006)

⁴³ B. GIBAUD « *Mutualité, assurances. 1850-1914, les enjeux.* » Paris : Economica, 1998, p.140.

⁴⁴ J-W DEREYMEZ « Naissance du syndicalisme », In J-J BECKER et G. KANDAR (Eds) « *Histoire des Gauches en France* », Paris : La Découverte, 2004, Vol 1, pp. 463-487.

⁴⁵ B. GIBAUD, *op. cit.*, p. 140.

⁴⁶ *Ibid*, p. 140.

la prévoyance libre – et à son instrument, à savoir le livret individuel de capitalisation –. Il faudra en effet plus d'un demi-siècle (donc après la Deuxième Guerre mondiale) pour que la Mutualité adhère au système d'assurance obligatoire. Une autre dimension peut enfin être avancée : celle d'une réticence vis-à-vis des sociétés de secours mutuels dont les règles de gestion peinent à être crédibles, notamment relativement aux assureurs techniquement mieux équipés pour la prise en charge des risques. Ce sera d'ailleurs le déficit et la fragilité des couvertures existantes, relativement aux constructions déjà opérées par d'autres pays, qui amèneront les assurances sociales sur l'agenda du politique. B. Gibaud puise là son argument premier pour expliquer la longueur de l'élaboration de la loi de 1898, qui n'aboutit paradoxalement que 14 ans après la reconnaissance des syndicats ouvriers. Mais 1898 est aussi l'année qui voit la promulgation de la loi sur les accidents du travail, à laquelle les professionnels de l'assurance ont activement participé.

1.4. Prévoyance collective : entre solidarité et assurance

Il revient à F. Ewald⁴⁷ d'avoir montré l'importance des techniques du risque et de l'assurance dans la genèse de la loi sur « Les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail » et à B. Gibaud⁴⁸ d'avoir éclairé historiquement ce cheminement au cours duquel protection solidaire et protection marchande se positionnent l'une par rapport à l'autre.

A la fin du XIX^e siècle, les techniques assurantielles ont déjà une longue vie, forgée à l'heure de l'essor du commerce maritime dans le domaine de la protection des biens. En revanche, l'assurance vie a été « refoulée » par les interdits religieux et politiques et par ailleurs discréditée par les « déconvenues tontinières ».⁴⁹ Certes la caisse d'épargne et de prévoyance est créée en 1818, mais pour beaucoup, seule la solidarité liant contractuellement les membres des sociétés de secours mutuels peut enclencher une prévoyance significative et jouer un rôle de régulation sociale. La référence assurantielle fait néanmoins son chemin. La loi sur les retraites du 18 juin 1850 (cf. *supra*) en est une première étape, doublement significative, puisqu'elle institue, d'une part, une caisse nationale pour la retraite dont les livrets individuels sont gérés par capitalisation mais qu'elle instaure, d'autre part, le service d'une pension de retraite qui prévoit l'avancement de la liquidation en cas d'infirmité grave causant l'incapacité de travail.

Il y a, dans cette dernière disposition, l'embryon d'un dispositif assurantiel qui va se développer à partir d'initiatives locales, dont est emblématique la naissance de « la Préservatrice ». Cette société mutuelle d'assurance offre, selon le principe de l'assurance collective, des garanties portant sur « *les cas d'incapacité de travail et sur des rentes viagères annuelles, en d'incapacité permanente et en cas de mort, payables aux héritiers de la victime* », puis à partir de 1865, sur l'indemnisation des arrêts de travail occasionnés par les maladies ordinaires, en contrepartie d'une retenue sur le salaire des ouvriers pour le paiement du contrat d'assurance, retenue qui peut être partielle, l'employeur prenant à sa charge une partie de l'effort. Emblématique, cette expérience l'est à plus d'un titre : d'une part, du glissement qu'elle opère entre assurance individuelle et assurance collective, d'autre part, de la symétrisation des « gains » que l'assurance opère – la socialisation des responsabilités n'est plus une menace pour l'ordre social⁵⁰ –, enfin de la compétition commerciale qui s'amorce entre les sociétés à forme

⁴⁷ F. EWALD « *L'Etat-providence* », Paris : Grasset, 1986.

⁴⁸ B. GIBAUD, *op. cit.*,

⁴⁹ *Ibid.*, p. 8.

⁵⁰ « *Jusque là, la responsabilité légale qui pèse sur maîtres et les patrons, les mettait en hostilité avec leurs ouvriers. Aujourd'hui, l'hostilité fait place à l'union ; pour un léger sacrifice, les premiers se dégagent de la garantie et, en se libérant eux-mêmes, assurent d'une façon plus complète, non seulement les droits, mais encore les intérêts des ouvriers. C'est toute une révolution dans les rapports de ces deux classes* » H. MARESTAING, Notice sur la Préservatrice, 1864, Bibliothèque Nationale, cité par B. GIBAUD, *op cit*, p.47.

mutuelle de ce type - qui partagent avec les sociétés par actions le même rattachement à la sphère marchande - et les sociétés de secours mutuels. La compétition va se nouer sur un critère de « compétence », celles qu'ont les sociétés d'assurance et que n'ont pas les mutuelles. Les premières ayant développé les techniques assurantielles, en s'appropriant peu à peu l'outil probabiliste pour le calcul des primes et des provisions, et construit les tables de mortalité. De plus en plus d'événements sont considérés comme risques mutualisables, mais la mutualisation « abstraite », car construite sur le fondement du risque actuariel, marque sa distance par rapport à la solidarité professionnelle, matrice originelle des mutuelles. L'alliance entre la solidarité et l'assurance aura toutefois besoin d'un peu de temps pour entrer dans les faits.

Le pas est franchi en 1898 avec la loi du 9 avril qui marque, ainsi que l'a montré F. Ewald, une rupture importante dans le traitement des risques sociaux. En adoptant le principe de la responsabilité automatique des employeurs, y compris en l'absence de faute, et en instaurant un mécanisme d'indemnisation, fonction de l'incapacité et du salaire, annulant toute action en responsabilité de la part de l'ouvrier, cette loi constituait une étape décisive dans le processus de socialisation des responsabilités : le risque professionnel encouru par l'ouvrier sur son lieu de travail devenait un « risque social ». Le lien était ensuite immédiat avec l'assurance. Si la loi consacre le principe de responsabilité sans faute de l'employeur, celui-ci reste en effet responsable sur son patrimoine de la charge de la réparation. Il a donc intérêt à s'assurer selon le modèle promu par la « Préservatrice »⁵¹ : répartition collective de la charge du risque « accident de travail » sur l'ensemble de l'activité industrielle et au-delà sur l'ensemble de la collectivité si l'on fait l'hypothèse que les employeurs répercuteront leurs charges sociales accrues sur leurs prix. Le report sur la collectivité est encore plus flagrant à partir du moment où, renonçant à rendre obligatoire l'assurance en matière d'accidents, le Sénat institue un fonds de garantie de manière à ne pas priver l'ouvrier de réparation en cas d'insolvabilité de son employeur. Responsabilité pour risque, risque social et assurance sont désormais intimement liés.

Au moment où se construit la législation sur les contrats de travail, un autre débat a lieu autour du statut des secours mutuels. Les sinuosités de celui-ci ne sont pas sans lien, nous l'avons dit, avec la pression exercée par les professionnels de l'assurance pour voir reconnaître la supériorité du modèle assurantiel sur le modèle mutualiste. De fait, une partie des débats se noue autour de questions techniques, en l'occurrence de celle d'une stricte péréquation entre les engagements et les ressources des caisses, et de la légitimité du calcul rationnel, c'est-à-dire actuariel, pour une « bonne gestion » du social. Mais les arguments s'opposent et ne vont pas dans un sens unique. Le savoir-faire technique que condensent *a priori* les tables de mortalité est contesté, pas tant en lui-même qu'en raison de l'usage qui en est fait pas les professionnels de l'assurance, aptes, montre-t-on en divers endroits, à tirer de substantiels profits du « bon usage » des mathématiques.⁵² Cette fragilisation de l'édifice assurantiel contribue sans doute à rendre plus audible la voix mutualiste quand elle dit que la recherche d'une gestion équilibrée ne signifie pas que le fonctionnement des mutuelles doive s'aligner sur celui des sociétés d'assurance. Le principe fondateur de la culture mutualiste est, de fait, clairement posé par le

⁵¹ Modèle qui avait essaimé depuis 1865 au point qu'au tournant des années 1880, et au moment où le débat politique autour des accidents de travail prend forme, les compagnies privées d'assurance ont renforcé leurs positions et vont pouvoir exercer un rôle de pression efficace. Sur tous ces points, voir B. GIBAUD, *op. cit.*

⁵² B. GIBAUD, *op. cit.*, p. 99. Cette méfiance à l'endroit des assureurs, justifiée par l'actualisation très tardive des premières tables de mortalité utilisées, explique certainement la mise au ban des actuaires de la société française de statistiques. Il est difficile ici de ne pas citer Adolphe Quételet : « [*les sociétés d'assurance ne se préoccupent que*] connaître les chances de bénéfice que peut offrir l'état social selon le but de l'assureur. On s'occupe moins en un mot, de la rigueur des tables que des avantages des sociétés : c'est un genre de spéculations sur lequel nous n'avons pas à fixer notre attention ». Cité par B. GIBAUD, p. 96.

théoricien du mutualisme, Prosper de Lafitte, qu'il faut ici citer car la ligne constamment défendue par la Mutualité française (cf. *infra*) en en gardé l'esprit, si ce n'est la lettre : « *La Compagnie d'assurance a une existence propre indépendante des clients qu'elle assure, et son but est de réaliser sur ceux-ci un bénéfice qui soit la rémunération des risques qu'elle court et des capitaux qu'elle engage dans l'entreprise ; la société de secours mutuel, en tant qu'assurance se confond avec les assurés eux-mêmes et n'a aucun bénéfice en vue.* »⁵³

Comment vont se dénouer ces débats aux enjeux multiples ? Par le vote, on l'a vu, de la loi le 1^{er} avril 1898. Mais avant, une dernière étape aura été parcourue par laquelle les sociétés de secours mutuels se voient, au nom de la spécificité mutualiste, reconnaître un avantage financier. Cet avantage est le suivant. La loi de 1852 avait fait obligation aux sociétés de secours mutuels de déposer leurs fonds à la Caisse des dépôts en contrepartie d'un taux de 4,5%, taux supérieur à la fin du siècle aux taux consentis par la caisse d'épargne et la caisse nationale des retraites (3,5%). Les mutualistes militent pour le maintien de ce taux privilégié, à défaut pour l'inscription au budget de l'Etat pour compenser la perte du taux escompté. Finalement, lors du passage devant les parlementaires du texte de loi, le privilège sera maintenu, le Ministère de l'intérieur de l'époque l'ayant défendu au nom de la solidarité sociale. La promulgation de la loi mettait donc, sur le plan de la liberté d'association, la Mutualité « à égalité » avec les syndicats. Le caractère « non marchand » implicitement reconnu à la Mutualité n'en fait cependant pas, nous l'avons vu, une institution légitime aux yeux de la classe ouvrière, en raison de sa dimension notable et impériale. Les non-salariés et les cadres y seront plus favorables, mais dans les années 30, ce sont surtout les assurances privées qui trouveront matière à se développer auprès des populations non couvertes par les lois de 1930.

1.5. Et les cadres ? Vers une protection sociale conventionnelle

L'apparition du terme « cadres » est contemporaine des années 30-40. Jusque là on parle de « collaborateurs ». L. Boltanski a montré que le « cadre », en tant que groupe social organisé, émerge à la faveur de la crise des années 30, dans un contexte économique et social tourmenté qui est aussi le moment de la « *redéfinition idéologique qui travaille la bourgeoisie et la petite bourgeoisie et trouve son point culminant entre 1934 et 1938 environ, lorsque, avec le renforcement du mouvement ouvrier, s'intensifie la lutte entre les classes.* »⁵⁴ Dans ce mouvement, les ingénieurs jouent un rôle majeur. Cette analyse n'est que partiellement partagée. A. Grelon rappelle en effet que « *la mobilisation des syndicats d'ingénieurs et des cadres au moment de 1936 n'est [donc] pas une génération spontanée mais le résultat de pratiques mises en œuvre depuis la fin de premier conflit mondial. De ce fait, il n'est pas étonnant que (...) se constitue à la fin des années 30 l'amorce de confédérations qui, [en sommeil sous Vichy] aboutiront à la création de la Confédération générale des cadres le 15 octobre 1944.* »⁵⁵ Sur quoi portaient les revendications des Unions syndicales des ingénieurs au cours des années 30 ? Sur les salaires, sur la garantie de l'emploi, sur la protection des titres et des diplômes. Mais très tôt apparaissent également des réclamations concernant la protection sociale et l'obtention de droits sociaux.

Cette attention vigilante sur la problématique sociale trouve sa source dans le fait que les « collaborateurs » ont été exclus des assurances sociales de 1930, du fait que leurs rémunérations étaient supérieures au plafond d'affiliation. Relativisons avec B. Friot les conséquences de cette exclusion, d'une part parce que « *exclus, ils l'étaient en réalité de peu de choses puisque les assurances sociales n'offraient avant-guerre pratiquement rien en matière*

⁵³ « *Essai d'une théorie rationnelle des sociétés de secours mutuels* ». Paris : Gauthier-Villars et fils, 1888, p. 80, cité par B. GIBAUD, p.129.

⁵⁴ L. BOLTANSKI « *Les cadres, la formation d'un groupe social* ». Paris : Éditions de Minuit, 1982, p. 63.

⁵⁵ A. GRELON « Les débuts des cadres » in Paul BOUFFARTIGUE (dir) « *Cadres : la grande rupture* ». Paris, La Découverte, 2001, p.21-34., p.30.

de vieillesse et de décès », ensuite parce qu'ils bénéficiaient des régimes particuliers créés par des institutions patronales et gérés dans le cadre d'assurances de groupe couvrant les risques retraite, invalidité, décès.⁵⁶ Les assureurs prennent une part importante dans la construction dans l'entreprise de dispositifs de retraite proposés aux cadres, ces dispositifs reposant sur des cotisations paritaires et sur la technique de la capitalisation. Alors que la loi de 1898 leur avait ouvert la possibilité de couvrir le risque retraite, les caisses de secours mutuels ne jouent qu'un faible rôle dans ce processus.⁵⁷

Du coup, il apparaît que ce qui en jeu, dans les avenants « collaborateurs » des conventions collectives signées au cours des années 1936-1937, ce n'est pas la création mais la mise en œuvre à un niveau national de la couverture effective des risques lourds dont les « exclus » bénéficient partiellement déjà.⁵⁸ L'accord conclu le 14 mai 1937 entre l'UIMM (Union des industries métallurgiques, mécaniques) et la FNSI (Fédération nationale des syndicats d'ingénieurs) est repris dans des termes très proches par d'autres branches. Il s'agit d'une retraite par capitalisation constituée au moyen de contrats de groupe auprès d'un organisme d'État ou agréé par l'État, moyennant une cotisation de 10%. Cette pratique va vite s'ériger en modèle : « [elle] induit un développement rapide et considérable de l'assurance-groupe au sein des entreprises françaises pour la couverture du risque vieillesse (ainsi que pour les risques décès et invalidité). »⁵⁹

*
* *

Telle est la situation qui prévaut au début de la rupture que va représenter la Deuxième Guerre mondiale. De la réponse « à la fois politique et non étatique »⁶⁰ à la question sociale, qui caractérise la deuxième moitié du XIX^e siècle, au rôle de médiation que joue l'Etat entre les différents groupes d'intérêts impliqués, lorsqu'il entreprend de légiférer sur les assurances sociales, le cheminement institutionnel a vu naître, puis se développer, le modèle mutualiste, modèle qui suscite la méfiance du mouvement ouvrier mais qui bénéficie des soutiens patronaux et politiques. Fort de ces soutiens, traversant des conjonctures économiques, sociales et politiques évolutives, le modèle mutualiste résiste, quand bien même le changement dans les représentations de ce qu'est la façon moderne et rationnelle de faire de l'assurance, changement qui s'opère au tournant du siècle avec l'essor des techniques actuarielles, porte en son germe un modèle de couverture sociale concurrent. En outre, s'il résiste, c'est dans le contexte d'un système de protection sociale qui est, à partir de 1930, structuré par les assurances sociales qui posent le principe d'une assurance obligatoire, généralisée, des risques sociaux. Cette ambition est, dans les années qui suivent, difficilement assumée, combattue par le patronat, faible dans ces effets réels sur la sécurité des travailleurs et, déjà, contestée dans son principe par la construction d'une protection bipolaire faisant cohabiter, pour les cadres, les assurances sociales avec une protection conventionnelle.

⁵⁶ B. FRIOT « *Puissances du salariat. Emploi et protection sociale à la française* ». Paris : la Dispute, 1998.

⁵⁷ B. GIBAUD, *op. cit.*

⁵⁸ B. FRIOT, *op. cit.* p. 99. Voir aussi : G. POLLET, D. RENARD « Régimes de retraite et paritarisme. La question des classes moyennes salariées dans la structuration de la protection sociale française », *Sociétés contemporaines*, 1995, n° 24, p. 41-63.

⁵⁹ G. POLLET, D. RENARD, *ibid.*, p.51.

⁶⁰ R. Castel, *op. cit.* p. 379.

Section 2. 1945-1985 : Édification de la Sécurité sociale ... et des régimes complémentaires

C'est dans le creuset de cette histoire qui a vu l'émergence de la prévoyance collective puis la naissance difficile des lois sur les assurances sociales que la Sécurité sociale s'organise dans le contexte politique de l'immédiat après guerre. Il est bien sûr superflu de tenter une synthèse de tout ce qui a été dit et écrit sur l'histoire de la Sécurité sociale et des ordonnances de 1945.⁶¹ Nous nous centrerons sur le décret du 8 juin 1946 qui définit les « Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés ». De façon paradoxale pour une institution qui visait la généralisation, ce décret ouvre des espaces pour les anciennes mutuelles ou sociétés d'assurance et pour les nouvelles organisations dites « L4 » ou institutions de prévoyance (2.1.). A l'appui de différentes contributions,⁶² il est montré comment le décret de 1946 jette les bases sur lesquelles vont reposer les institutions ultérieurement appelées par les partenaires sociaux à gérer leurs régimes complémentaires de retraites, puis comment, dans le sillage notamment de la loi de mensualisation de 1978, la protection complémentaire continue de s'étendre au-delà de la retraite pour englober le vaste domaine de la prévoyance (2.2). Si dans l'immédiat après-guerre, le jeu bipolaire État-patronat, caractéristique de la III^e République s'efface devant le jeu État-partenaires sociaux, tout au long de la période au cours de laquelle le système de protection sociale se généralise par la création de régimes spéciaux et de régimes complémentaires, d'une part, le patronat cherche à reconquérir la maîtrise de la protection sociale complémentaire d'entreprise, d'autre part, les mutuelles, les instituts de prévoyance et les compagnies d'assurance se positionnent comme acteurs de la protection sociale. Pour autant, dans ce contexte qui voit le panachage des systèmes de protection, obligatoires et complémentaires, et le pluralisme des institutions disposées à les gérer, le déficit de coordination est patent (2.3).

2.1. Le décret du 8 juin 1946 portant « dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés »

Le système qui se met en place en 1945, par voies d'ordonnances, soumet l'ouverture des droits à la protection sociale à l'exercice d'un travail salarié et au versement de cotisations assises sur le salaire. Le principe de généralisation est évoqué, mais seulement pour dessiner la trajectoire de l'évolution souhaitée du système. Si dans le contexte social de l'après-guerre, garantir la sécurité du travailleur salarié sur lequel repose l'effort de reconstruction est une première exigence, protéger l'indépendance de la protection sociale par rapport à l'État en est une autre⁶³. Le choix d'une gestion « corporatiste » des caisses de Sécurité sociale, c'est-à-dire une gestion par les intéressés eux-mêmes, ou du moins leurs représentants (confédérations syndicales et patronales) en découle. Pour la gestion du régime général, l'application de ce principe fondateur fait que dans les conseils d'administration des caisses, les élus des assurés doivent être majoritaires. La démocratie sociale remplace le paternalisme privé ou étatique. Au plan de

⁶¹ Il existe en la matière de nombreuses contributions. On se reportera à la synthèse qu'en livre B. PALIER « *Gouverner la Sécurité sociale* », Paris : PUF, 2002.

⁶² Cette section repose sur les des interventions faites au 14^{ème} colloque Droit Social (Université Paris Assas, 31 janvier 1986), et publiées dans *La Revue Droit Social*, n°4, 1986, notamment : « Avant propos » de J.-J. DUPEYROUX p. 277-279, M. LUCAS « Les enjeux de la PSC », p. 286-289, G. LYON-CAEN « La deuxième jeunesse de la prévoyance sociale », p. 290-295. Deux autres sources sont essentielles, dans une perspective documentaire et analytique, pour éclairer la façon dont se (re)structure la protection sociale d'entreprise : J.-N. CHOPART, B. GIBAUD « *Concurrences, solidarités* ». LERS, ISTS, Rapport pour le CGP (AO MiRe-CGP, 1986), 335 p., B. FRIOT « *Puissances du salariat* », *op.cit.* On peut y ajouter, pour l'histoire des retraites, la *Revue Sociétés Contemporaines*, Numéro spécial « *L'invention des retraites* », 1995, n° 24.

⁶³ B. PALIER, *op cit.* p. 84.

l'entreprise, l'employeur est dépouillé de son « pouvoir social » dont le contenu fait l'objet d'une extériorisation en direction des comités d'entreprise, institués par l'ordonnance du 22 février 1945 et invités à prendre en main la gestion des œuvres sociales de l'entreprise ou à en contrôler la gestion.⁶⁴

Les ordonnances de 1945 puis le décret de 1946 qui concerne les risques sociaux susceptibles d'être assurés dans le cadre de l'entreprise, vont, dans un premier temps, bouleverser l'architecture de la protection sociale.

La Mutualité tout d'abord va perdre le pouvoir gestionnaire qui lui avait été conféré par la législation sociale de 1930 dans le cadre des caisses d'affinité.⁶⁵ La généralisation d'une protection obligatoire semble contredire sa raison d'être et l'instauration d'un lien privilégié entre le comité d'entreprise et la mutuelle d'entreprise – celle-ci, créée par l'ordonnance du 14 octobre 1945 réformant le statut de la Mutualité – est considérée comme contraire à la posture de « neutralisme social » héritée du républicanisme modéré dans le giron duquel elle s'est développée. La gestion mutualiste semble par ailleurs trop éloignée du monde du travail. Dans le cadre de la nouvelle législation, la Mutualité est exclue des opérations collectives ; elle apparaît cantonnée à la couverture complémentaire du risque maladie, les ordonnances de 1945 ayant en effet laissé à la charge des assurés sociaux une participation aux dépenses de santé, le ticket modérateur. La conjugaison de ces différents facteurs relève comme on a pu le dire d'un « rendez-vous manqué de la Mutualité avec la Sécurité sociale ». Du côté de la Mutualité française, les méfiances (défiances) sont alimentées par ce qui est alors ressenti comme un « cambriolage » et une menace pour sa survie, à savoir le transfert des fonds des caisses mutualistes vers les nouvelles caisses de Sécurité sociale.

Les autres « perdants » des ordonnances de 1945, sont les sociétés d'assurance qui se voient retirer la gestion des accidents de travail, sur laquelle, elles réalisaient une part significative de leur activité (cf. *supra*). Elles ne disparaissent pas du champ de la protection sociale, mais l'assurance-groupe passe entre les mains d'un nouvel acteur, l'Institution de prévoyance.

Les Institutions de prévoyance ont longtemps été désignées sous le terme « L4 », en référence à l'article qui en précise le statut dans ce qui est alors le nouveau code de la Sécurité sociale. En application des fondamentaux de la Sécurité sociale, la gestion du social par les intéressés eux-mêmes, les institutions L4 fonctionnent selon le principe paritaire. Leur conseils d'administration doivent être composés pour moitié au moins de représentants du comité d'entreprise quand la protection est mise en place au niveau de l'entreprise, pour moitié au moins des représentants des salariés ou retraités choisis parmi les intéressés lorsque l'institution ne relève pas d'un comité d'entreprise. Afin de verrouiller ce principe, le décret prévoit que la mise en place et la révision de la protection collective complémentaire sont désormais subordonnées au consensus de la collectivité concernée : soit par convention collective, soit par accord entre l'employeur et la majorité des travailleurs intéressés invités à se prononcer par un vote à bulletin secret. Le décret introduit enfin un ensemble des dispositions en ce qui concerne le fonctionnement même des institutions et la vie des régimes qu'elles sont autorisées à gérer, afin d'en garantir la viabilité et la protection des salariés assurés. Pour l'heure « *les régimes qu'elles sont autorisées à gérer* » sont flous mais « *le décret de 1946 avait jeté les bases sur lesquelles allaient reposer les institutions ultérieurement appelées par les partenaires sociaux à gérer leurs régimes complémentaires de retraite* ». ⁶⁶

⁶⁴ J-J DUPEYROUX, *op. cit.* p. 277.

⁶⁵ « *Un régime obligatoire, comme l'est celui de la Sécurité sociale, ne peut être géré comme un organisme libre et volontaire de type mutualiste* ». M. DREYFUS « *La Mutualité, une histoire maintenant accessible* ». Paris : Racines Mutualistes, 1988, p. 67.

⁶⁶ *Ibid*, p. 278.

2.2. Retraite complémentaire et prévoyance collective

2.2.1. La construction du système ARRCO-AGIRC

Comme on l'a vu à la fin de la section précédente, les cadres qui n'entraient pas dans le champ de la protection obligatoire instituée par la législation sociale de 1930, avaient commencé à organiser, avec les directions d'entreprise, des régimes de prévoyance sociale par le moyen de l'assurance groupe. Du coup, de peur de perdre les avantages acquis par voie conventionnelle, ils n'acceptent pas facilement le principe de l'obligation d'affiliation à la Sécurité sociale. Ils se mobilisent activement jusqu'à la convention collective nationale de Sécurité sociale conclue le 14 mars 1947 entre le CNPF et les organisations syndicales représentatives des cadres. Le compromis trouvé « *consistait à traiter séparément les problèmes relatifs à la tranche des salaires soumis à la Sécurité sociale et ceux concernant la tranche de rémunérations supérieures à ce plafond. Le caractère inédit du nouveau système résidait avant tout dans l'organisation d'un régime de retraite par répartition, national et obligatoire, assis sur la tranche d'appointements supérieure au plafond de la Sécurité sociale. Les avantages antérieurs étaient de ce fait sauvegardés.* »⁶⁷ Est ainsi institué sur les bases des régimes conventionnels antérieurs, un régime spécifique pour les cadres. Simultanément, ces régimes changent de nature puisque de « substitutifs », ils deviennent « complémentaires » aux régimes d'assurances sociales de base. Pour autant, ils restent « conventionnels », la gestion à parité par les employeurs et les salariés étant affirmée comme le principe fondamental des nouveaux régimes.⁶⁸

Plus précisément l'accord de 1947 s'établit sur les règles suivantes⁶⁹ :

- octroi d'avantages supplémentaires en matière de décès en contrepartie d'une cotisation patronale assise sur le salaire sous plafond à hauteur de 1,5%,
- création d'un régime complémentaire obligatoire de retraite sur la tranche supérieure au plafond, financé par les cotisations patronales (6% du salaire) et salariales (2% du salaire) et garantissant des pensions liées à la retraite ; la validation de la carrière passée est gratuite dès la mise en place du régime,
- création de régimes facultatifs de prévoyance en matière de maladie, invalidité, décès et vieillesse (ici en capitalisation), sur la base de cotisations fixées à 8% au-dessus du plafond dont la charge est partagée également entre le cadre et l'employeur ; en outre la possibilité est offerte de soustraire du régime de prévoyance la part de la cotisation facultative allant à la vieillesse et de l'affecter au régime obligatoire de retraites par répartition,
- les institutions de prévoyance sont investies du rôle de gestion des ces régimes qui prennent en charge, seules, le volet « décès » et « retraite », concurremment avec les mutuelles et les sociétés d'assurance, le volet « prévoyance facultative »,
- la compensation entre les régimes est assurée par l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) qui garantit l'unité du régime de retraite par répartition, l'homogénéité d'une caisse à l'autre, et le maintien des droits acquis lors des changements d'entreprise.

⁶⁷ J.-N. CHOPART, B. GIBAUD, *op. cit.*, p. 48.

⁶⁸ G. POLLET, D. RENARD, *op. cit.* p. 56.

⁶⁹ Nous reprenons la présentation qu'en fait B. FRIOT, *op. cit.* p. 102 et suiv.

La construction de ce régime, étendu aux « assimilés », ⁷⁰ ouvre une brèche dans l'édification de la Sécurité sociale puisque les cadres et le patronat parviennent à construire un système qui leur est propre. Quant à l'économie du régime ainsi institué, elle repose sur une innovation assez importante, en rupture avec les modèles hérités et, *a priori*, paradoxale pour les intérêts libéraux qui ont porté la contestation du monopole de la Sécurité sociale. Cette innovation est le choix de la répartition face à la capitalisation qui demeurerait pourtant, tant pour les spécialistes des questions actuarielles que pour les assureurs, la seule susceptible d'assurer la couverture de risques longs comme la retraite (*cf. supra*). B. Friot livre sur ce point une analyse assez éclairante. D'une part, il relativise, sans toutefois le neutraliser, le rôle qu'a pu jouer l'hyperinflation des années 30 et 40 dans la disqualification du modèle de la capitalisation. D'autre part, il souligne à quel point la revendication des cadres en faveur d'une retraite prévisible et assortie d'un bon taux de remplacement, en bref d'une prestation définie, imposait la logique de la répartition face aux aléas de la capitalisation qui soumettait les retraites aux risques de l'accumulation patrimoniale.⁷¹ Cette marche vers le modèle de la répartition, rendue possible par le caractère obligatoire des régimes, se fait avec les assureurs qui, non seulement, participent étroitement à la définition technique du régime des cadres mais qui également entretiennent des liens très étroits avec les institutions de prévoyance. Les sociétés d'assurance bénéficient en effet, avec le régime de prévoyance obligatoire qui leur ouvre le « marché du facultatif », d'un vrai effet d'aubaine dont on voit la trace aujourd'hui dans les parts de marché qu'elles détiennent sur le « risque lourd » (*cf. infra*, chapitre 3).

En se diffusant largement en dehors de son périmètre premier, l'accord du 14 mai 1947 ne pouvait manquer d'avoir des conséquences directes sur l'organisation de la prévoyance collective complémentaire. La diffusion paraît d'autant moins évitable que les prestations d'assurance vieillesse du régime de base sont de faibles montants. A la différence de l'AGIRC, toutefois, la naissance de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO) sera plus difficile et n'aboutira qu'en 1961. Les étapes de ce processus ont été tracées par J.-N. Chopart et B. Gibaud qui montrent comment le processus a été entravé, d'une part, par les craintes patronales de voir s'alourdir la charge des cotisations, d'autre part, par celles des syndicats hostiles à la présence des assureurs dans les premiers projets. Le principe finalement admis du monopole des institutions de prévoyance débloque les discussions en 1961 par un accord entre le CNPF et la CGT-FO, auquel adhérera ultérieurement la CGT. Autre différence notable par rapport au régime des cadres, la retraite complémentaire des non-cadres est facultative. Elle le restera jusqu'à la loi du 29 décembre 1972, rendant obligatoire l'affiliation de tous les salariés à une institution de retraite supplémentaire.

2.2.2. L'extension de la prévoyance complémentaire dans le cadre conventionnel dans le sillage de la loi de mensualisation

A partir de là, selon la formule imagée de J.-J. Dupeyroux, « *la protection sociale qui a horreur du vide, continue de s'étendre comme tâche d'huile irrésistiblement, au-delà (vieillesse) ou aux marges (maladie, invalidité, décès, etc.) de cette plage obligatoire AGIRC/ARRCO [...] au*

⁷⁰ Ces assimilés sont quelquefois désignés sous le terme « 4bis » du fait qu'ils ont été introduits à la dernière minute dans l'accord de 1947, en ajout à l'article 4. Il s'agit de techniciens, d'employés et d'agents de maîtrise dont le salaire supérieur au plafond de cotisation au régime général. On en trouve trace dans certains systèmes de classification (*cf. infra*, l'entreprise AGRO).

⁷¹ Seuls les salariés entrés jeunes pouvaient espérer une rente consistante à condition qu'elle n'ait pas été érodée par la hausse des prix. Sur ce point, B. FRIOT (p. 110) note que dans le cadre des accords conventionnels de groupe, les employeurs redistribuaient les cotisations patronales en faveur des salariés les plus âgés de façon « *à donner à chacun, quel que soit son âge, une même fraction de retraite* ». Nous verrons plus bas que cette pratique est aujourd'hui fréquente dans les entreprises qui mettent en place des dispositifs de retraite supplémentaire.

terrain vague de la prévoyance.»⁷² La loi sur la mensualisation constitue toutefois une étape législative décisive dans cette « fluidité sans frontière » en tant qu'elle contribue indéniablement à l'essor de la prévoyance collective.

Le contexte est celui de la décennie 1970, caractérisé par une intense activité conventionnelle assise sur une conception plus large du salaire à un moment où le marché du travail se transforme (contre-productivité du salaire horaire), à un moment également d'homogénéisation des comportements sociaux. Le mouvement vers la mensualisation est lancé en 1970, acté par une déclaration commune entre les syndicats du patronat (CNPF et CGPME) et syndicats salariés. De nombreux accords de branche seront signés jusqu'à la loi 1978. « [Celle-ci] *ouvre une première perspective pour l'activité de prévoyance. La mensualisation implique un certain nombre d'obligations pour l'employeur en fixant un droit au congé (mariage, naissance, décès d'un proche), une indemnité de fin de carrière ou en cas de licenciement, et surtout un maintien total ou partiel du salaire à la charge de l'employeur en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident. La durée et l'ampleur de cette indemnisation sont le plus souvent fonction de l'ancienneté du salarié* ». ⁷³

Le risque incapacité temporaire de travail est donc le deuxième risque social, après les compléments de retraite, à pouvoir faire l'objet d'une activité de prévoyance au sein même de l'entreprise. En conséquence, les accords collectifs de travail vont comporter de plus en plus souvent, à partir de 1978, des clauses relatives à la prévoyance collective, soit à l'issue de négociation d'entreprise, soit en application de dispositions conventionnelles de branche, qui bénéficient de la possibilité d'être, à l'instar des conventions collectives de travail, étendues à l'ensemble d'une profession. L'approche comptable longitudinale opérée par J.-N. Chopart et B. Gibaud témoigne de cette montée en charge : « *la prévoyance ne concerne respectivement que 10 et 30% des conventions des collègues ouvriers et cadres dans les années 50 ; ces proportions passent à 20 et 40 % dans les années 60, mais elles atteignent 75 et 80 % à la fin des années 70.* » ⁷⁴

2.3. Pluralisme concurrentiel ou monopole ? Facultatif ou obligatoire ? Généralisation ou fragmentation ? Leadership patronal ou étatique ?

C'est autour de ces oppositions binaires que l'on peut tirer les enseignements du développement de la protection complémentaire d'entreprise consécutivement à la création de la Sécurité sociale. En fait les trois premières questionnent ce que certains ont appelé le « mythe de la généralisation de la Sécurité sociale ». C'est le premier point que nous développerons. La dernière tire le fil directeur de ce chapitre, à savoir qui tient la « boussole » de cette protection sociale d'entreprise ?

2.3.1. Le « mythe » de la généralisation de la Sécurité sociale.

Le décret de 1946 introduit paradoxalement le pluralisme des institutions en charge de la protection sociale là où on aurait pu attendre la création d'un monopole entre les mains des partenaires sociaux, pire l'ouverture institutionnelle est aussi l'ouverture à la concurrence sur le « marché » de la prévoyance, domaine, *a priori* réservé au « non-marchand ». Les deux années qui suivent l'édiction des ordonnances instituant la Sécurité sociale voient s'exprimer les particularismes et la fragmentation des régimes et les « compléments » là où on attendait uniformisation et universalité des couvertures. Ces différentes évolutions sont à mettre au

⁷² *Op. cit.* p. 278.

⁷³ J.-N. CHOPART, B. GIBAUD, *op. cit.*, p. 59.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 76 et suiv. On livrera plus bas un chiffrage portant sur la période 1994-2005, on repérera de nouveau l'impact du cadre réglementaire sur la dynamique de la négociation collective (Ière partie, chapitre 4).

compte de l'échec d'un système général qui aurait couvert l'ensemble de la population active des conséquences de tous les risques ou situations susceptibles de mettre en cause sa santé ou son revenu. « *Cet échec fondait, dès 1945, une Sécurité sociale à plusieurs vitesses dont les régimes légaux constituaient seulement le socle de base et dont le complément de protection, voulu par différentes catégories de la population active, allait faire apparaître plusieurs enjeux ...préserver des acquis sociaux, accroître la portée des droits de base, conquérir des droits nouveaux.* »⁷⁵

Cette analyse est communément partagée. Si échec il y a, c'est par rapport à la vision de ses promoteurs portée par l'immense projet fédérateur du Conseil National de la Résistance, qui va assez vite buter, comme nous l'avons vu, sur le réflexe « identitaire » des cadres largement soutenu par le patronat, rétif à toute perte de contrôle des institutions sociales, quand bien même celles-ci « sortent » de l'entreprise.

Réflexe identitaire également du côté des indépendants et des agriculteurs, qui conduit M.Lucas à l'analyse suivante : « *La "généralisation" ne pouvait être qu'un mythe dans une France de 1945 dont la sociologie est bien différente de celle d'autres nations (Angleterre notamment). Les salariés en 1945 ne représentent que 60% de la population active : 40% d'indépendants dont une forte proportion dans le secteur agricole.* »⁷⁶ Or ces indépendants, et notamment les agriculteurs, n'ont pas attendu 1945 pour s'organiser. Ils disposaient de leurs propres réseaux bancaires et assurantiels. De ce fait ils n'ont accepté que plus tard (en 1961 pour les agriculteurs et en 1966 pour les indépendants) l'organisation d'un système de base, mais autonome par secteur d'activité. « *Pendant toute cette période, des espaces de liberté ont pu être occupés par des institutions diverses, offrant des couvertures individuelles ou collectives de prévoyance. La carte de la protection complémentaire qui s'est ainsi dessinée a pesé lourdement sur les décisions du législateur (...) l'obligeant à intégrer le libre choix entre différentes institutions gestionnaires de l'assurance maladie des non salariés, y compris les compagnies d'assurance. A partir du moment où la Mutualité agricole (système d'assurance libre) exigeait de pouvoir concurrencer la Mutualité sociale agricole (système obligatoire de base) elle faisait entrer les compagnies d'assurance sur le marché de la protection sociale. Fortes de cette percée et fortes des positions plus importantes qu'elles avaient acquises dans les professions artisanales et commerciales, les compagnies d'assurance ne pouvaient qu'entrer en force dans les systèmes complémentaires intéressant d'autres catégories professionnelles.* »⁷⁷ Mises ensemble, les dynamiques d'oppositions sectorielles et/ou professionnelles à l'extension et à la généralisation de la Sécurité sociale font que « *tout était donc en place, dès 1960, pour un panachage des systèmes de protection – obligatoires et complémentaires – et des institutions disposées à les gérer dès lors que le monopole de l'institution de base – la Sécurité sociale proprement dite – avait été entamé dès les premières années du processus. L'élargissement du socle de base, jusqu'à la généralisation de 1978, a davantage multiplié les points d'application de ce panachage qu'il n'en a réduit les motivations.* »

A bien des égards, c'est la Sécurité sociale elle-même qui constitue « *le terreau* »⁷⁸ sur lequel a poussé la prévoyance collective, permettant aux institutions nouvelles ou traditionnelles (mutuelles et compagnies d'assurance) de déployer, pour les premières, et de redéployer, pour les secondes, leurs activités sur des marchés qui, à l'épreuve des faits, peuvent se révéler moins

⁷⁵ M. LUCAS « Les enjeux de la protection sociale complémentaire », *Droit Social*, n° 4, avril 1986, 286-289.

⁷⁶ M. LUCAS, *op. cit.*, p. 287.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ L'expression est de G. LYON-CAEN « La deuxième jeunesse de la prévoyance sociale », *Droit Social*, n°4, avril 1986, p. 290-295.

partitionnés que ne peuvent le laisser penser les textes.⁷⁹ Du coup cohabitent principe de solidarité, paritarisme professionnel et finalités lucratives et, surtout, sont mis en place dans les entreprises des dispositifs dont la complexité va très vite apparaître aux partenaires engagés dans les négociations.⁸⁰

2.3.2. Qui tient la boussole ?

En consacrant le renoncement à une Sécurité sociale qui aurait offert progressivement, et de façon égalitaire, à l'ensemble de la population des prestations de protection sociale de bon niveau, le développement de la protection sociale d'entreprise disjoint, en les articulant, le bloc de la protection sociale entre deux entités : une responsabilité d'État et une responsabilité privée qui se développe dans les collectifs de travail. Cette évolution, que les revendications des cadres avaient rendue possible en 1936-37, n'est pas sans conséquence. La première est qu'elle rend possibles d'autres désengagements, ce que l'évolution ultérieure des systèmes de protection sociale ne démentira pas. La deuxième est qu'en confiant cette responsabilité aux collectifs constitués dans les branches ou dans les entreprises, elle soumet l'amélioration de la protection sociale aux négociations entre les partenaires sociaux « *au-delà ce que la loi préconise* », ainsi que le soulignent J.-N. Chopart et B. Gibaud. Ce processus suppose que soit admise la similitude des accords collectifs relatifs à la protection sociale complémentaire et des conventions collectives définissant le contenu des contrats de travail.⁸¹ Dès lors qu'il sera acté que les conventions collectives peuvent traiter des garanties sociales, les améliorations apportées à la protection sociale complémentaire vont apparaître comme facteur d'arbitrage entre les différents éléments de la rémunération et constituer un nouveau « *grain à moudre* » pour les organisations syndicales.⁸² En même temps, la PSCE contribue au maintien de la paix sociale et peut entrer dans une stratégie de prévention des conflits. Ce qui en soi n'est pas une nouveauté – on retrouve les « fonctions » des régimes d'entreprise qui prévalaient dans les grandes entreprises au siècle dernier – mais constitue une rupture avec les représentations qui avaient émergé lors du débat social dans les années 30 et été affirmées en 1945, car au moins une partie de la protection sociale des salariés est réintégrée dans les stratégies salariales des entreprises. L'issue de ces processus de négociation ainsi institués est bien sûr fonction des

⁷⁹ Cf. J.-J. DUPEYROUX, *op. cit.* « L'irruption en force des organismes d'assurance sur le marché de la prévoyance (...) s'effectue souvent sous le paravent d'institutions L4 (...) mais de plus en plus souvent c'est la négociation directe d'assurances de groupe avec l'entreprise » p. 278.

⁸⁰ En témoigne l'entretien que nous avons eu avec un responsable confédéral FO relatant son expérience de négociateur des accords de la branche pharmacie « *Dans les années 80, on a essayé, dans le cadre de la renégociation de ces contrats, de faire un peu le ménage, parce qu'il est vrai que quelquefois on avait des contrats de base, qui formaient le contrat de la branche, et quelques fois on négociait avec l'assureur de la branche des contrats complémentaires. Il y avait des mélanges et on n'était pas toujours très rigoureux dans la séparation ce de qui relevait du contrat obligatoire - qui devait être mutualisé sur l'ensemble du secteur d'activité - et les contrats complémentaires - qui eux devaient faire l'objet d'une tarification spécifique et d'un équilibre risque par risque, ce qui n'était pas toujours le cas -. Donc cette renégociation nous a donné l'occasion de clarifier un peu la situation* » (entretien réalisé en janvier 2007).

⁸¹ J.-J. DUPEYROUX, *op. cit.* p. 279 (note 22).

⁸² Sauf erreur l'expression est de M. Bergeron, ancien secrétaire confédéral de FO ; elle est illustrée par notre interlocuteur « *Donc on a commencé à négocier. Il faut dire aussi, et d'un point de vue plus général, que [la négociation sur la prévoyance collective] a été un élément majeur de l'amélioration du dialogue social. Tout simplement parce que la protection sociale – c'est moins maintenant le cas – n'était pas un sujet conflictuel dans les entreprises, mais consensuel. Dans la négociation, quand les revendications salariales des organisations syndicales paraissaient par trop démesurées aux yeux des employeurs, il était plus facile d'essayer de compenser une moindre augmentation de salaire par un avantage annexe dans le domaine de la protection sociale. Toutes les organisations s'en sont servies. On avait plus de facilité pendant les 30 glorieuses, la croissance économique a permis un tel développement* » (entretien réalisé en janvier 2007).

capacités de négociation de chaque groupement de salariés. On est loin de l'idéal généralisateur et égalitaire des promoteurs de la Sécurité sociale.⁸³

*

* *

L'édification de la Sécurité sociale française dans l'immédiat après-guerre constitue une rupture majeure dans l'histoire de la protection sociale. Un des traits frappants de la période est pourtant la présence d'éléments de continuité. En effet, les innovateurs institutionnels ne travaillent pas dans un désert. Les institutions de la protection sociale, notamment celles nées dans l'entreprise, ont déjà une longue vie de pratiques qui leur ont donné une légitimité opérationnelle et du coup créé des groupes d'intérêt à même de compter dans le processus de recomposition en cours. Car redistribution des cartes et des « marchés », il y a autour des éléments centraux du système obligatoire et autour des institutions de prévoyance, filles des ordonnances de 1945. La Mutualité consolide sa vocation historique avec la création de mutuelles d'entreprise et une activité dédiée à la santé qui connaît à partir des années 60 un essor considérable, les assurances, peut-être les plus fragilisées par le monopole donné aux institutions de prévoyance sur le terrain qui était le leur, retraite et risque lourd, restent dans le paysage. Toutefois, en 1985, le déficit de coordination de cet ensemble qui reste sans unification juridique et sans réel centre de gravité, est patent.

Section 3. 1985 : mise sur l'agenda politique de la protection sociale complémentaire

A partir de 1985, un certain nombre d'étapes législatives vont contribuer à construire un cadre juridique renouvelé de la protection sociale complémentaire, individuelle ou collective. Un double objectif domine : celui d'une mise en ordre d'un domaine dont les structures ont évolué, comme on l'a vu, selon une logique propre et celui, d'ailleurs lié au précédent, d'améliorer les garanties de prévoyance dont peuvent bénéficier les assurés-salariés dans leur entreprise. Ce mouvement de rationalisation s'inscrit dans un cadre qui va au-delà du cadre national, puisqu'au même moment, la construction européenne, par la voie de la transposition des directives assurances dans le droit français, modifie sensiblement les règles du jeu pour l'ensemble des acteurs du marché. Cette période débute et se boucle par les deux réformes du Code de la Mutualité (3.1) et (3.3). Entre temps, ont pris place les processus législatifs de 1989 et 1994 qui ont significativement transformé le cadre institutionnel de la prévoyance collective en entreprise (3.2).

3.1. L'adaptation du Code de la Mutualité

Au cours des années 70, les bases d'un marché européen de l'assurance sont jetées. Les assureurs sont concernés par les premières directives de 1973 et de 1979 puis par celles de 1988 et 1990, les premières introduisant la liberté d'établissement, les deuxièmes, la liberté de prestations pour les assureurs agréés par le pays d'accueil et satisfaisant aux règles de solvabilité. Les mutuelles veulent rester en dehors de ce processus d'harmonisation, puis de coordination, européennes mais il leur est difficile de résister à la pression de ces normes et au risque de marginalisation. De ce point de vue, la réforme du Code de la Mutualité, adopté par le Parlement le 25 juillet 1985⁸⁴ est diversement appréciée par les instances de la Mutualité. Certes la visibilité de la Mutualité et de ses spécificités est acquise, notamment par la protection du label « mutuelles » qui ne peut plus être utilisé par les compagnies d'assurance. Sont acquis également le renforcement des moyens d'action de la Mutualité, la modernisation de ses règles de fonctionnement, l'allègement du contrôle administratif et l'abolition du veto du comité

⁸³ J.-N. CHOPART, B. GIBAUD, *op. cit.*, p. 59.

⁸⁴ Loi n°85-773 du 27 juillet 1985 et décret n°86-384 du 13 mars 1986.

d'entreprise sur les mutuelles d'entreprise au profit d'un contrôle concerté.⁸⁵ Par ailleurs le champ d'intervention des mutuelles est élargi au domaine de la prévoyance collective. Mais ces acquis apparaissent comme des contreparties à un souhait non satisfait qui était celui de se voir reconnaître l'exclusivité de complémentaire maladie.

De facto l'ouverture du secteur de la santé à la concurrence du marché semble irréversible. Dès lors, la loi Évin peut être comprise comme participant d'une logique de régulation et, en premier lieu, de redéfinition des compétences et des conditions de l'intervention des différents opérateurs sur le marché de la protection complémentaire. C'est le sens de la mission qui est confiée à un groupe de travail ministériel sous la présidence de M. Gisserot.⁸⁶ Ce rapport livre un ensemble de constats et débouche sur un corps de propositions qui seront au cœur du processus législatif entrepris par le ministère Évin.

3.2. Refonte du cadre institutionnel de la prévoyance collective dans l'entreprise

La pierre angulaire de cette refonte est la loi du 31 décembre 1989⁸⁷ « renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ». Mais avant d'en présenter les lignes, il faut rappeler que la loi du 10 juillet 1985 avait précisé le cadre socio-fiscal de la protection sociale complémentaire d'entreprise. Nous reviendrons plus longuement sur l'évolution de celui-ci qui sera au centre des réformes de 2003 et de 2004. Soulignons seulement que cette loi constitue une première étape dans le processus de rationalisation de la protection sociale collective, au sens où elle contribue à définir un statut propre à la prévoyance, désormais clairement différenciée des régimes complémentaires de retraite.

3.2.1. La loi Évin

Elle s'organise autour de trois principes généraux : reconnaissance des droits propres des assurés dans le champ des assurances collectives, reconnaissance du droit au maintien, à titre individuel, d'une couverture collective, harmonisation des situations des différents organismes mettant en œuvre des couvertures prévoyance.⁸⁸

a) Le premier principe, inscrit dans le titre même de la loi, conduit, d'une part, à empêcher la sélection médicale des assurés lors de la souscription d'un contrat de groupe, d'autre part, à dissocier le sort de la couverture sociale du salarié de celui de l'entreprise dans laquelle cette couverture était acquise.

L'interdiction de la sélection médicale en assurance collective – que celle-ci se traduise par le refus d'assurer une ou plusieurs personnes du groupe ou par la faculté de ne pas prendre en charge des risques dont la réalisation trouverait son origine dans l'état de santé antérieur de l'assuré – fait l'objet de deux articles. L'article 2 dispose que lorsque les salariés sont garantis collectivement « *l'organisme qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention ou à l'adhésion à ceux-ci, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration (...)* Aucune pathologie ou affection qui ouvre droit au service des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général de Sécurité sociale ne peut être exclue du champ d'application des contrats ou conventions visés au premier alinéa dans leurs dispositions

⁸⁵ Les dispositions du Code sont analysées par M. LAROQUE et E. AUBRY « La réforme du Code de la mutualité », *Droit Social*, n° 4, avril 1986, p. 354-363.

⁸⁶ Les rapporteurs en sont S. SILLAND et D. BUCHETON « La prévoyance collective des salariés : les incertitudes du droit », *Droit Social*, n° 4, avril 1986, 313-321.

⁸⁷ Loi n° 89-1009, publiée au JO du 1^{er} janvier 1990.

⁸⁸ On s'inspire ici étroitement de l'analyse qu'en livre P. LAIGRE « La loi prévoyance », *Droit Social*, n°4, avril 1990, p. 370-386.

relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ». Par couverture collective il faut entendre, ce que précise l'article 2, la couverture acquise par le salarié « *soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur* ». Pour les opérations individuelles et les opérations autres que celles mentionnées à l'article 2, les règles qui s'appliquent aux assureurs sont, quant à elles, l'objet de l'article 3 :

Art. 3. - Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles, l'organisme qui a accepté une souscription ou une adhésion doit, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention.

Toutefois, il peut refuser de prendre en charge les suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention à condition:

a) que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ; b) que l'organisme apporte la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif. Dans les cas prévus à l'alinéa précédent, l'administration de la preuve s'effectue dans le respect des dispositions de l'article 378 du code pénal relatives au secret professionnel.

Le principe du maintien, en toute circonstance, des rentes au niveau atteint est l'objet de l'article 7 de la loi, dans son alinéa 1, qui a un champ d'application très large puisqu'il concerne l'ensemble de l'assurance collective, tous les risques longs et les différentes situations dans lesquelles l'assuré ou le bénéficiaire pourront se prévaloir du droit :

Art. 7. - Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

L'alinéa 2 précise les conditions d'application de ce principe en imposant l'obligation de provisionnement :

L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents.

b) Le deuxième principe trouve son origine dans deux problèmes majeurs mis en évidence par le rapport Gisserot, le premier lié à la faculté pour l'organisme assureur de résilier brutalement un contrat, le second lié à la rupture du lien entre le souscripteur et le salarié-assuré. L'instauration de la garantie viagère qui répond au premier problème est définie à l'article 6 :

Art. 6. - Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles et sous réserve du paiement des primes ou cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, l'organisme ne peut refuser de maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les personnes visées sont celles qui sont affiliées au contrat collectif ou d'assurance de groupe ou mentionnées au contrat individuel ou à la convention tant que celles-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé.

L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat. Les mêmes dispositions sont applicables aux garanties contre les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, le risque chômage et, à titre accessoire à une autre garantie, contre le risque décès tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et sous réserve des sanctions pour fausse déclaration.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux contrats ou conventions qui couvrent exclusivement le risque décès, ni à la garantie ou au contrat souscrit en application du troisième alinéa de l'article 4 de la présente loi.

Deux autres articles prévoient les conditions du maintien individuel d'une couverture collective. Il s'agit de l'article 4 de la loi, article important qui prévoit, pour le salarié qui bénéficie dans son entreprise d'un contrat d'assurance de groupe à affiliation obligatoire comportant une couverture de frais de soins de santé, la faculté d'obtenir le maintien de cette couverture lorsqu'il tombe en incapacité ou en invalidité, devient chômeur ou encore part en pré-retraite ou en retraite. Le texte de la loi limite, par ailleurs, la liberté tarifaire de l'assureur pour ce nouveau contrat, devenu contrat individuel, et précise par ailleurs que « *les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret* » (Art 4, 3^{ème} alinéa). Nous reviendrons ultérieurement sur cette disposition législative, puisque vont y être associés quelques années plus tard des enjeux lourds en matière de couverture sociale des ex-salariés (*cf. infra*, 2^{ème} partie). Soulignons ici, à la suite de P. Laigre, le caractère novateur du texte qui s'efforce de concilier deux principes antagonistes : « la liberté d'adhésion individuelle et la solidarité entre les générations »⁸⁹. Une autre situation de maintien individuel d'une couverture collective, mais « sans » la solidarité est prévue par le législateur. Sont visés par l'article 5, les cas de résiliation ou de non-renouvellement d'un contrat collectif à adhésion obligatoire mettant en œuvre une couverture décès, invalidité incapacité ou remboursement de frais de soins. Dans ce cas, le salarié doit demander à l'organisme assureur, qui met en œuvre la couverture collective le maintien de celle-ci à titre individuel, sans période probatoire ou questionnaire médical. Mais à la différence de ce prévoit l'article 4, la tarification de l'organisme assureur qui accepte le contrat individuel est libre.

Art. 4. - Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture:

1) au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail;

2) au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

⁸⁹ P. LAIGRE, *op. cit.*

Art. 5. - Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues par l'article 2 de la présente loi, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, le contrat ou la convention doit prévoir le délai de préavis applicable à sa résiliation ou à son non-renouvellement ainsi que les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'organisme peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis.

c) Le troisième principe mis en œuvre dans la loi Évin est celui d'une plus grande égalité entre les différents organismes intervenant dans le champ de la prévoyance. Là encore, le texte de loi tire les conséquences d'un point analysé dans le rapport Gisserot, qui avait montré que la pluralité des différents opérateurs était source de pratiques concurrentielles contestables contribuant *in fine* à fragiliser les garanties des assurés.

La loi soumet tout d'abord aux mêmes dispositions les opérations des entreprises régies par le code des assurances, les opérations des institutions de prévoyance et celles des mutuelles. Plusieurs notions sont dégagées :

– l'activité d'assurance ne peut être le fait que d'organismes habilités par l'autorité administrative : l'auto-assurance dans l'entreprise des risques de prévoyance n'est plus possible et les organismes assureurs sont impérativement tenus à l'obtention préalable d'un agrément, d'une autorisation ou d'une approbation,

– la fin en droit, parce que dans les faits (*cf. supra*) les compagnies d'assurance interviennent déjà dans le domaine de la prévoyance collective, du monopole juridique des institutions de prévoyance sur les opérations de prévoyance collective. La loi précise, nous l'avons vu à propos de l'article 2, que tous les engagements, pris dans le cadre de contrats ou de conventions, doivent être couverts par des provisions représentées par des actifs d'un montant équivalent. Le respect par tous de provisionnements adéquats est la condition pour que les différents opérateurs soient effectivement en situation de concurrence sur l'ensemble des produits. En contrepartie, ils peuvent dorénavant accepter des adhésions individuelles.⁹⁰ Cette décision apparaît être le symétrique juridique de la loi du 25 juillet 1985 qui avait autorisé la Mutualité à pratiquer l'assurance de groupe,

– l'application équilibrée de la loi, enfin, est prévue par la mise en place d'une commission de contrôle, pendant de la création d'une commission de contrôle des assurances. Elle reprend les pouvoirs de contrôle et de tutelle que le Ministère des Affaires sociales détenait sur les mutuelles et sur les institutions de prévoyance.

3.2.2. L'intégration des mutuelles et des institutions de prévoyance dans les directives communautaires : la loi du 8 août 1994

Ce n'est que dans les années 90 que les sociétés à but non lucratif, donc les institutions de prévoyance et les mutuelles, rentrent dans le cadre du marché unique.

a) Les institutions de prévoyance

Ce processus a un impact important sur les institutions de prévoyance qui disposent d'une position monopolistique dans le champ de la retraite complémentaire (*cf. supra*, section 2), sachant que ces institutions gèrent alors aussi bien les régimes complémentaires obligatoires, dans le cadre défini par l'AGIRC et l'ARRCO, que des produits appelés sur-complémentaires

⁹⁰ « La nouveauté la plus déterminante réside finalement moins dans la disparition d'un monopole qui n'existait guère, que dans l'extension du champ de compétence des institutions à certains types d'opérations individuelles », P. LAIGRE, *op. cit.*

ou supplémentaires, tant en retraite qu'en prévoyance. L'adaptation aux directives européennes va se dérouler en plusieurs étapes. Certaines des avancées de la loi Évin allaient en ce sens ; elles vont se prolonger en 1993 et en 1994. La loi du 27 janvier 1993 distingue dans un premier temps, les institutions constituant des avantages de retraite complémentaire non garantis par des provisions techniques des autres institutions. Dès lors, les caisses membres de l'AGIRC-ARRCO qui possèdent une section de prévoyance doivent l'organiser sous une forme autonome. Cette première distinction se précise dans la loi du 1^{er} juillet 1994⁹¹ qui distingue :

- les régimes AGIRC et ARRCO qui gèrent les opérations de retraite complémentaire,
- les institutions de prévoyance qui peuvent assurer l'ensemble des risques liés à la personne humaine,
- les institutions de retraite supplémentaire qui mettent en place, dans le cadre défini par la loi de 1993, des opérations de retraite supplémentaire. La couverture de ces risques et nécessairement liée à une entreprise ou à une branche professionnelle.

Ainsi se trouve concrétisée l'obligation de créer des structures juridiques différentes, sachant que les différentes structures restent liées au sein de groupes paritaires. L'assimilation des régimes de retraite complémentaire obligatoire au « premier pilier », tel que défini dans le vocabulaire communautaire, suit en 2000. Cette assimilation fait que les régimes obligatoires de retraite complémentaire échappent au secteur concurrentiel, au « prix » d'une articulation étroite avec le régime de base de la Sécurité sociale, soudés par une logique de répartition ; le « deuxième pilier » peut alors s'ouvrir vers la capitalisation et la mobilisation des formes d'épargne salariale tournées vers la retraite.

Cette décision est le point d'aboutissement d'un processus long qui avait débuté en 1993 par l'abandon de la part facultative de la cotisation aux régimes AGIRC et ARRCO. Les employeurs avaient en effet la possibilité de cotiser au-delà des taux obligatoires (8% du salaire pour l'AGIRC, 4% pour l'ARRCO). Cette possibilité est abandonnée. En échange les taux obligatoires sont augmentés (respectivement, 16% et 6% selon les tranches), mais des points de cotisation sont « libérés » pour des produits de capitalisation.

b) Les mutuelles

Au moment où se pose la question de la transposition des directives européennes, et que se forge la conception des « trois piliers », les mutuelles sont dans une position spécifique par rapport aux institutions de prévoyance, au sens où elles ne gèrent pas une composante obligatoire de la protection sociale. Certes, certaines d'entre elles – les mutuelles de fonctionnaires – jouent un rôle dans la couverture du régime obligatoire mais il ne s'agit que d'une délégation de gestion. La question de leur entrée dans le cadre juridique régissant le marché de l'assurance au niveau communautaire ne va pas de soi. Les réticences qui prévalaient en 1985 au moment de la première réforme du Code de la Mutualité n'ont pas changé. Pour des institutions qui relèvent de l'économie sociale, la distinction communautaire entre action économique (qui relève de la concurrence) et action sociale (qui relève d'un service d'intérêt général) est totalement contraire aux fondamentaux des organisations de ce secteur.⁹² Mais il est clair que l'environnement a changé. Le risque s'accroît pour les mutuelles d'être marginalisées alors que ses concurrents historiques « jouent le jeu » et qu'est en préparation un droit européen de la Mutualité. C'est sans doute la raison déterminante qui pousse la FNMF en 1991 à accepter l'intégration aux directives « assurances ». Cette décision est prise au moment où sont discutées les troisièmes directives qui doivent parachever la construction du Marché unique dans le

⁹¹ Loi n° 94-678, JO du 10 août 1994.

⁹² SEP-GEPE (Groupe d'études politiques européennes, Bruxelles), MGEN (Mutuelle générale de l'éducation nationale, Paris) « *Les missions d'intérêt économique général accomplies par les mutuelles en Europe, entre activité économique et services sociaux* ». Rapport du 27 janvier 2006.

domaine des assurances. Une fois de plus, le constat est dressé des écarts entre les principes communautaires et les principes mutualistes. Premièrement, les directives consacrent la séparation entre les activités d'assurance et les autres activités, or les mutuelles exercent, à côté de leur activité d'assurance, une importante activité de gestion d'œuvres sociales. Deuxièmement, les directives imposent des exigences de sécurité financière et des règles prudentielles qui sont pénalisantes pour les petites (et nombreuses) mutuelles. Troisièmement, l'indépendance des mutuelles est menacée par les dispositions concernant la réassurance.

Du coup, l'acceptation initiale va ouvrir une période d'intenses débats internes à la Mutualité qui retardent le processus de réforme du code. Il faut la condamnation de la France par la Cour de Justice des Communautés Européennes pour que les travaux requis pour la transposition des directives au Code de la Mutualité reprennent. Le processus aboutit en 2001.

3.3. Le nouveau Code de la Mutualité

La réforme du Code de la Mutualité impacte très largement le secteur et sans doute au-delà l'ensemble du marché de l'assurance maladie complémentaire à un moment où l'assurance maladie de base est confrontée aux effets des politiques de maîtrise des dépenses et à un déficit récurrent de financement (*cf. infra*).

En allant à l'essentiel de ce nouveau code, on en retiendra trois éléments principaux.

D'une part, comme leurs « concurrents », les mutuelles se voient imposer le respect des règles financières et prudentielles. Les premières amènent les mutuelles à constituer des provisions techniques correspondant à leurs engagements. Les deuxièmes les obligent à disposer de marges de solvabilité.⁹³

D'autre part, elles doivent obligatoirement disposer d'un agrément pour exercer leur activité. L'obtention de l'agrément est soumise à un ensemble de conditions, dont le respect du principe de spécialité qui amène les mutuelles à séparer leurs activités selon la terminologie consacrée par le code. Les mutuelles qui relèvent du livre II exercent une activité d'assurance et de capitalisation et les mutuelles du livre III pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion des réalisations sanitaires et sociales. Les mutuelles peuvent se regrouper en unions et fédérations, les règles générales de constitution et de fonctionnement sont définies dans le livre I du code.

Enfin, des règles nouvelles de gouvernance sont instaurées : renforcement du rôle des instances dirigeantes des mutuelles, création d'un statut de l' élu mutualiste.

*
* *

Il est frappant de constater à quel point les préoccupations du législateur, à partir de 1985, sont en résonance avec celles des parlementaires de la III^e République qui, au début du siècle, ont porté sur l'agenda politique la question des assurances sociales. A ces deux moments en effet, il s'agit de mettre le travailleur à l'abri des aléas d'une protection qui – parce qu'elle se construit dans l'entreprise, entité soumise au risque économique, ou parce qu'elle est gérée par des institutions toujours susceptibles, par imprudence ou calcul, de faillite – contredit l'idée même de « sécurité » sociale du travailleur. Il est frappant aussi de trouver une certaine permanence dans la ligne défendue par la Mutualité quant à la distance qu'elle entend maintenir, dans la couverture des risques sociaux et, en écho aux analyses de ses théoriciens du XIX^e siècle, entre la logique « de solidarité » et la logique « d'assurance », c'est-à-dire entre la logique non-marchande et les intérêts commerciaux. Ces débats se déroulent pourtant dans un contexte

⁹³ Article L212-1

nouveau qui est celui de l'alignement sur le modèle communautaire. Même si elles ont une vocation plus large de rationalisation et de protection des intérêts du salarié, les dispositions législatives et réglementaires de la fin des années 80 sont en lien avec l'effet de « norme » dont les directives européennes sont porteuses. Effet de norme, en premier lieu, sur la structuration des acteurs du marché dont les positions paraissent alors asymétriques – les uns, les assureurs, en phase « naturellement » avec l'approche libérale européenne, les autres, les institutions de prévoyance et surtout les mutuelles, sommées de faire preuve de flexibilité, principielle et organisationnelle pour s'adapter. Performatrices, les normes européennes le seront aussi sur l'architecture d'ensemble de la protection parce que la ré-articulation qu'elles préconisent ou induisent sur les différents niveaux de protection vont trouver matière à se développer dans le contexte des conditions économiques et politiques des années 2000.

Section 4. 2003 et 2004 : réforme des retraites et de l'assurance maladie

À la fin de la fin des années 90, puis au début du nouveau millénaire, la protection sociale complémentaire revient sur l'agenda politique. Indirectement à chaque fois. Il ne s'agit pas, comme au cours de la période précédente, de rationaliser les structures, mais de mobiliser la protection sociale complémentaire à un moment où la question du financement de la protection sociale se pose en des termes aigus. Le contexte politique est celui de la contrainte que font peser des dépenses en forte croissance sur les budgets publics et parapublics tenus, en application des critères de Maastricht, à une stricte rigueur. Il faut tenir l'équilibre alors même que la conjoncture économique déprimée tarit les ressources et que les besoins sociaux sont grandissants. Les solutions recherchées vont contribuer à déplacer les lignes historiquement construites entre assurance privée et assurance sociale. Nous montrerons comment, à partir des domaines de la santé et de la retraite (4.1 et 4.2). L'exposé des réformes qui actent ce changement sera l'occasion de développer, de façon relativement approfondie, le système d'incitations mis en œuvre par les autorités publiques pour développer (4.3), tout en la contrôlant (4.4), une protection sociale d'entreprise.

4.1. La réforme de 2003 sur les retraites

4.1.1. La problématique des retraites à partir des années 90

Les retraites constituent le premier poste des dépenses sociales (44% en 2001). J.-C. Barbier et B. Théret⁹⁴ isolent trois cycles dans l'évolution des prestations retraite à partir des années 60. Au cours du premier, jusqu'au début des années 80, la croissance continue des prestations vieillesse est principalement tirée par le départ à la retraite d'un nombre important de salariés qui accèdent à des retraites pleines. Le deuxième cycle correspond à la période 1980-1994 : il accompagne la baisse de l'âge de départ à retraite qui, en 1982, passe de 65 à 60 ans et se caractérise par l'accélération des sorties d'activité. De 1994 à maintenant, le ralentissement des pensions servies joint au départ des classes d'âge creuses,⁹⁵ font que la part des dépenses de retraite par rapport au PIB tend à se stabiliser. C'est à partir de 1993, en effet que des politiques de réforme ont été mises en œuvre. Trois arguments les justifient : a) les régimes par répartition ne sont pas soutenables à long terme en raison des évolutions démographiques, b) la contrainte de compétitivité n'autorise pas de prélèvements additionnels, c) la générosité des prestations de retraite et le niveau de vie atteint par les retraités n'incite pas à l'activité.

⁹⁴ J.-C. BARBIER, B. THÉRET « *Le nouveau système français de protection sociale* », Paris : la Découverte/Repères, 2004.

⁹⁵ Phénomène partiellement compensé par le départ « prématuré » en retraite de salariés qui souhaiteraient se protéger des réformes à venir.

La première réforme d'ampleur est introduite en 1993 par le gouvernement Balladur. Deux mesures sont décidées : d'une part, l'allongement de la durée de cotisation ouvrant droit à une retraite pleine (elle passe de 37,5 à 40 annuités avec un calendrier étalé) et d'autre part, le changement du mode de calcul servant à évaluer le montant de la retraite perçue : élargissement aux 25 meilleures années, d'une part, et actualisation des pensions en fonction des prix et non pas des salaires, d'autre part⁹⁶. En 2002, le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) estimait que le taux de remplacement entre 1994 et 2010 pouvait diminuer d'un quart consécutivement à cette réforme. Simultanément, ainsi que nous l'avons vu précédemment, les partenaires sociaux ont négocié l'augmentation des taux de cotisation aux caisses ARRCO-AGIRC contre l'acceptation des dispositions permettant de « libérer » des points de cotisations pour des suppléments de retraite par capitalisation, individuels ou collectifs.

4.1.2. Les dispositions de la loi Fillon

Afin de permettre un rééquilibrage du système en resserrant, comme précédemment le lien entre prestations et cotisations, la réforme mise sur un allongement de la durée de cotisation soit 40 annuités en 2008 pour les fonctionnaires ainsi alignés sur le régime général (toutefois leur retraite est calculée sur la moyenne des 6 derniers mois alors que pour le régime général elle est calculée sur la moyenne des 25 meilleures années). La durée de cotisation va s'allonger progressivement pour l'ensemble des actifs à 41 annuités en 2012. De plus, la loi lie cette durée aux gains d'espérance de vie dans les prochaines années. Les conditions de cotisations de l'ensemble des régimes obligatoires sont harmonisées.

Un ensemble de mesures de « soutien » est instauré afin de favoriser l'activité des seniors avec le système de surcote/décote (majoration de 3 % de la pension par année supplémentaire pour la surcote, minoration de la pension lorsque le nombre de semestres est insuffisant, le taux de décote étant fixé à 5 % en 2008) ainsi que des mesures facilitant la retraite progressive (cumul emploi/retraite) et durcissant les conditions d'octroi de pré-retraites.

De ce point de vue, la loi Fillon est dans le prolongement de la réforme de 1993. Mais elle définit en plus un cadre incitatif à la constitution de retraites supplémentaires, à travers deux dispositifs d'épargne retraite. L'un est individuel,⁹⁷ l'autre est collectif. Intéressons-nous à ce dernier.

Le PERCO (plan d'épargne retraite collectif) a une double finalité, puisque c'est à la fois un produit d'épargne salariale permettant la constitution d'un portefeuille de valeurs mobilières et un produit de retraite qui permet la constitution d'un plan d'épargne retraite. Il vient en remplacement des plans partenariaux d'épargne salariale volontaire (PPESV) existants et, à la différence de ces plans qui immobilisaient les valeurs du portefeuille pendant cinq années, les valeurs sont maintenant bloquées jusqu'au départ en retraite. Le PERCO ne peut être mis en place dans le cadre de l'entreprise que s'il existe déjà la possibilité d'épargner dans un délai plus

⁹⁶ Initialement cette disposition avait été adoptée pour une durée de 5 ans, elle a été prorogée par la suite. En longue période, les salaires ayant augmenté plus vite que les prix, le mécanisme d'indexation des retraites sur les salaires était plus coûteux.

⁹⁷ Le PERP (plan d'épargne retraite populaire) est un produit « individuel » et s'apparente à un fonds de pension, dont la gestion est protégée et l'accès encouragé. Le PERP est en effet un contrat associatif souscrit par un groupement (le GERP, groupement d'épargne retraite populaire) auprès d'un assureur gestionnaire qui peut relever de l'une des trois familles d'assureurs. C'est le GERP qui représente les intérêts des épargnants individuels vis-à-vis de l'organisme assureur ; l'épargnant doit donc adhérer obligatoirement au GERP et ce dernier est régi par un ensemble de dispositions sécuritaires, dont le contrôle par l'ACAM. Encouragée, le PERP l'est par la possibilité qu'a l'épargnant de déduire de ces revenus les cotisations versées. Le PERP a pour objectif le versement d'une rente viagère à terme, alimentée grâce aux versements de l'adhérent et aux produits de la capitalisation. Sa diffusion, fin 2006 n'était pas à la hauteur des espérances.

court (Plan d'épargne d'entreprise (PEE) ou plan d'épargne interentreprises (PEI)⁹⁸). Par rapport à ces derniers, il offre des possibilités améliorées d'abondement, ceci dans un cadre fiscal avantageux. Le salarié peut investir sur le PERCO sa participation, son intéressement ou des versements volontaires.

Le PERCO élargit donc la gamme des outils disponibles en entreprise pour constituer des dispositifs de retraite supplémentaire existants. Il s'agit de dispositifs qui permettent d'acquérir à titre facultatif des annuités de rente viagère, c'est-à-dire des sommes qui seront régulièrement versées à leur bénéficiaire à partir d'âge donné et jusqu'à son décès. La plupart des dispositifs collectifs d'acquisition d'annuités de rentes viagères sont établis dans le cadre d'accords collectifs d'entreprise, ce qui leur ouvre un traitement social et fiscal avantageux. C'est d'ailleurs en référence au code général des impôts qu'on les désigne le plus souvent : article 39 pour les régimes à prestations définies, article 83 pour les régimes à cotisations définies. Ces dispositifs, dont le statut prudentiel et fiscal a été défini au cours des années 80, ne sont pas largement diffusés. Tel était le constat établi par J.-P. Gaudemet au début des années 2000, à la vue de la modestie des masses financières concernées et du faible pourcentage de la population y ayant accès.⁹⁹ Point notable à relever, est le changement opéré au cours du temps entre les régimes à prestations définies sous la forme de « retraites chapeaux », complétant la retraite servie jusqu'à une certaine proportion du salaire, et les régimes à cotisations définies : *« Parce qu'il s'agissait de combler l'écart provoqué pour les carrières ascendantes par le mode de calcul de prestations de retraite dans les régimes obligatoires, l'essor des régimes de retraites supplémentaires s'est largement construit en France sur le modèle des régimes dits « chapeaux » (...). Or, dans un contexte marqué par la modération de l'évolution des retraites servies par les régimes obligatoires, le surcoût pris en charge par l'employeur peut être croissant. Ainsi les années récentes ont-elles été marquées par la négociation de la transformation de bon nombre de régimes à prestations définies en régimes à cotisations définies ; celle-ci a souvent été associée à la sortie des engagements de retraite du bilan des entreprises »*¹⁰⁰.

Il était donc attendu que la mobilisation de l'épargne salariale stimule la constitution de l'épargne retraite. D'autres mesures incitatives sont venues en appui de façon à encourager les entreprises à négocier ces produits d'épargne salariale (*cf. infra*, chapitre 3). Par ailleurs, comme la loi pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié du 30 décembre 2006 l'a prévu, les entreprises disposant d'un plan d'épargne d'entreprise ont été obligées à négocier au moins un produit d'épargne retraite.

Si, à partir de 2003, le levier fiscal est activement associé à la diffusion de dispositifs de retraite par capitalisation, on reste dans une tendance de long terme. En revanche, son utilisation dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire, avec la réforme de 2004, est plus en rupture avec les standards habituellement utilisés par les plans de maîtrise des dépenses.

⁹⁸ Le PEE est un système d'épargne collective et facultative, pouvant être constitué dans toute société, quelle que soit sa taille, à l'initiative de l'employeur ou en vertu d'un accord avec le personnel ou dans le cadre d'un accord de branche (PEI). Le PEE, système d'épargne le plus répandu dans les entreprises françaises, permet d'investir, de manière facultative, dans des titres de votre société ou des fonds communs de placement d'entreprise (FCPE). Ces fonds sont généralement investis en actions ou en obligations. Tout salarié peut y déposer sa participation, ainsi que son intéressement ou effectuer des versements volontaires. Dans les deux derniers cas, l'entreprise va abonder (dans la limite d'un plafond), c'est-à-dire accorder une somme complémentaire, proportionnelle au montant versé.

⁹⁹ J-P GAUDEMET « Les dispositifs d'acquisition à titre facultatif d'annuités viagères en vue de la retraite : une diffusion limitée ». *Economie et Statistique*, n° 348, 2001, p. 81-106.

¹⁰⁰ *Ibid*, p. 87.

4.2. La réforme de 2004 sur l'assurance maladie

4.2.1. Croissance des dépenses de santé et déport vers les régimes complémentaires

Entre 1960 et 2000, la Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) a crû en volume au rythme annuel de 5,9% par an, soit deux fois plus vite que le PIB, et la part des dépenses de santé dans le PIB a doublé en valeur entre 1960 et 2001, pour atteindre près de 9% en fin de période.¹⁰¹ Pour équilibrer cette pente irrésistiblement croissante, il a fallu trouver des ressources nouvelles ce qui, dans la logique bismarckienne qui est au fondement du système de Sécurité sociale, est passé par l'alourdissement des cotisations sociales, par l'élévation des taux et par le dé plafonnement des cotisations. Une évolution importante émerge au milieu des années 80 quant à la répartition de l'effort contributif. A partir de cette date, les modifications apportées aux sources de financement de la protection sociale se chargent d'un objectif exogène : contribuer à enrichir le contenu en emplois de la croissance, ou du moins, ne pas pénaliser le facteur travail, et notamment le travail peu qualifié, par des cotisations sociales patronales trop excessives. Les hausses de taux vont commencer à porter préférentiellement sur les cotisations salariées. Si le delta des ressources de l'assurance maladie est payé par les employeurs jusqu'en 1985, la tendance s'inverse après. Toutefois en fin de période, tant la sécurisation des recettes de la Sécurité sociale que la protection de l'emploi sont loin d'être solidement acquises.¹⁰²

Si les marges de jeu sur les recettes de l'assurance maladie apparaissent relativement étroites, le régulateur peut peser sur les dépenses. Le levier du déremboursement est activé à plusieurs reprises à partir du milieu des années 70, soit en excluant certains biens ou services du remboursement par l'assurance maladie, soit en augmentant le ticket modérateur, soit en durcissant les critères d'exonération dudit ticket modérateur. Le déremboursement voulu notamment dans les plans Weil (1977) et Seguin (1986) vise à responsabiliser le patient. L'idée sous-jacente, appuyée sur l'abondante littérature consacrée en théorie de l'assurance au « risque moral », est que la couverture assurantielle rend le patient insensible au prix. Il suffit donc d'augmenter le reste à charge pour transformer le patient en consommateur raisonnable et parcimonieux dans son recours au système de soins. Le report de charge s'effectue sur les organismes complémentaires, c'est-à-dire *in fine* sur les ménages qui ont une capacité à payer une couverture complémentaire.

En dépit de ces mesures, les recettes de la l'assurance maladie ne sont pas durablement sécurisées. C'est dans une conjoncture économique particulièrement dégradée, qui est aussi celle de la préparation des accords de Maastricht, qu'intervient le plan Juppé. La place des acteurs étatiques, des partenaires sociaux et des professionnels de santé dans la régulation du système d'assurance maladie en est l'enjeu principal. Le choix est fait d'inscrire la gestion de la Sécurité sociale dans un cadre « budgétaire » voté par le Parlement, l'ONDAM,¹⁰³ mieux à même, en instaurant une sorte de méga-guichet fermé, de garantir l'effort de maîtrise des dépenses. L'innovation est ici la loi de financement de la Sécurité sociale, cadre dans lequel seront prises, à partir de cette date, les principales décisions concernant le secteur de la santé, les arbitrages relatifs à la gestion du risque maladie, d'une part, les orientations de la politique de santé, d'autre part. A la différence des plans précédents, le plan Juppé entend moins responsabiliser le patient-consommateur que discipliner les comportements des distributeurs de biens et de services par la recherche des incitatifs appropriés. L'outil contractuel se diffuse largement.

¹⁰¹ L. CAUSSAT, A. FENINA, Y. GEFFROY « Quarante années de dépenses de santé : une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001, *DREES/ Études et Résultats*, n° 243, 2003.

¹⁰² M. KERLEAU « De l'État-providence à l'État-précaution », *Economie appliquée*, tome LX, n°1, mars 2007, p. 127-152.

¹⁰³ Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie.

Concernant la question de l'accès aux soins des personnes démunies, un pas décisif vers l'universalisation de la couverture est franchi avec la mise sur l'agenda politique de l'Assurance Maladie Universelle qui deviendra la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1998. Pour la première fois, l'assurance maladie délivre des prestations sous condition de ressources, mais cette dérogation au strict principe de l'assurance sociale fait « prévaloir *in fine* la solidarité nationale, fondée sur une logique politique de couverture universelle des risques sociaux ». ¹⁰⁴ Les organismes complémentaires (mutuelles et sociétés d'assurance) seront étroitement impliqués dans la gestion du volet complémentaire de cette couverture universelle.

4.2.2. La réforme de l'assurance maladie en 2004

Alors que l'année 1993 avait constitué le point bas de la phase récessive du cycle avant qu'une reprise économique ne commence à se traduire par des indicateurs plus favorables et une croissance plus riche en création d'emplois, les années 2002-2003 marquent un nouveau ralentissement économique et un retour à la hausse du chômage. Dans le même temps, la progression des dépenses de l'ONDAM traduit une accélération qui intervient alors que les recettes fléchissent. C'est dans ce contexte économique morose qui voit la nouvelle majorité politique droite s'installer au gouvernement, qu'est présenté fin 2002 un plan ambitieux réformant l'hôpital, son financement et sa gouvernance notamment. Il est suivi, par la loi du mois d'août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui reprend certains des standards des réformes qui l'ont précédée ¹⁰⁵ Comme les ordonnances Juppé, elle procède à une importante réforme institutionnelle de la gouvernance de l'assurance maladie ¹⁰⁶ et, par le renforcement du processus de fiscalisation, reste dans la continuité des mesures de financement antérieures. En revanche, elle met la maîtrise de la demande au centre du processus de réforme en ouvrant des voies de régulation en rupture avec les chemins tracés jusqu'alors.

La loi renoue tout d'abord avec le levier d'action du ticket modérateur (hausse du forfait hospitalier et franchises). Une des pierres angulaires de la loi de 2004 est la promotion, par le « médecin traitant », d'une nouvelle organisation de l'accès aux soins. Le médecin traitant est celui qui assure le suivi médical coordonné du patient, qui délivre le premier niveau de recours aux soins et les soins de prévention, qui élabore en concertation avec les autres professionnels de santé les protocoles de soins pour les patients atteints d'affections de longue durée. La loi de 2004 conditionne désormais les taux de remboursement au respect du parcours de soins ouvert par le médecin traitant. En cas de non respect du parcours de soins, le patient s'expose à des taux de remboursement réduits ou au versement de suppléments d'honoraires, ce qui revient – a-t-on noté – à verser au médecin les pénalités du patient « hors parcours ». La responsabilité financière du patient est clairement engagée et, simultanément, on assiste au retour du principe libéral de non opposabilité des tarifs, péniblement évincé lors de la mise en place de l'assurance

¹⁰⁴ J-C BARBIER, B. THÉRET, *op. cit.*

¹⁰⁵ D. TABUTEAU « Assurance maladie : les standards de la réforme », *Droit Social*, n°9-10, 2004, p. 872-876.

¹⁰⁶ Les trois caisses d'assurance maladie sont désormais réunies au sein d'une Union nationale des Caisses d'Assurance maladie (UNCAM) dont le directeur, qui est aussi directeur de la CNAMTS, est doté de pouvoirs importants. La gestion du risque relève de l'UNCAM qui a la responsabilité de fixer les taux de remboursement des actes, prestations et produits. Par ailleurs, l'assurance maladie est désormais associée à la définition de la politique hospitalière et de la politique du médicament. Pour assurer cette délégation de gestion élargie et renforcée, l'UNCAM s'appuie sur un partenariat avec les organismes complémentaires fédérés dans le cadre de l'UNOCAM. C'est enfin l'UNCAM qui assure l'essentiel de la régulation financière du système en prévoyant les mesures nécessaires pour respecter le cadrage financier pluriannuel et en mettant en œuvre les actions d'urgence en cas de dérapage financier sur invitation du comité d'alerte créé par la loi. En redonnant une forme de légitimité à la Sécurité sociale sur le champ du système de soins la réforme a permis le retour du patronat dans les caisses.

maladie et des tarifs conventionnels.¹⁰⁷ Enfin, pour faire entrer dans le jeu de la maîtrise des dépenses, les organismes assureurs et les entreprises, acteurs de plus en plus sollicités de la prévoyance complémentaire, les incitations sociales et fiscales des contrats collectifs sont révisées et désormais conditionnées au respect du cahier des charges des « contrats responsables ». L'ensemble de ce dispositif a été précisé par la convention entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux signée en 2005.

4.2.3. Deux réformes décisives

Pour les deux risques qu'elles concernent, les réformes de 2003 et de 2004 constituent des étapes décisives dans l'évolution du système de protection sociale. Pour la vieillesse, l'incapacité-invalidité-décès, et pour la maladie, la tendance est la même.¹⁰⁸ Le salarié a désormais besoin d'acheter au cours de sa vie active de plus en plus de retraite future ou de protection contre les accidents de la vie. Le patient est de plus en plus dépendant des assurances complémentaires pour acheter plus d'accessibilité au système de soins. La protection complémentaire est donc « marchande » au sens où le consommateur en assume le coût, l'accès aux prestations dépendant de sa capacité à payer l'assurance privée. Pour autant l'individu n'est pas complètement « abandonné » au marché. Le renvoi sur le marché de ce que le système obligatoire ne prend plus en charge s'appuie sur un ensemble de mécanismes incitatifs qui prennent la forme classique d'aides fiscales : crédits d'impôts pour l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie individuelle et, pour ce qui nous intéresse ici, régimes fiscaux avantageux pour l'achat de plans d'épargne retraite, exonérations sociales et fiscales pour les contrats collectifs d'entreprise. Ces incitations à des fins normatives sont conformes à la théorie des défaillances du marché de l'assurance. Le fait que les individus valorisent insuffisamment certains biens, dont la consommation est pourtant source d'externalités positives, justifie l'intervention publique, ici sous la forme d'un subventionnement à l'achat de couverture privée, parce que les coûts encourus par les individus qui se protègent génèrent un bénéfice social important.¹⁰⁹ La notion structurante, et nouvelle, introduite par le législateur est que l'aide fiscale doit avoir une contrepartie : elle doit contribuer à orienter l'offre et la demande vers des pratiques vertueuses et respectueuses des orientations prises pour stabiliser les régimes obligatoires. C'est à cette logique que répond le « contrat responsable » mis en place par la réforme de 2004. Il s'agit là d'une évolution notable dans la mesure où la fiscalité a été jusqu'à présent peu utilisée comme outil de pilotage de la politique sociale. La fiscalité prend place par ailleurs dans un ensemble d'instruments de normalisation et de réglementation qui cadrent le jeu des acteurs, et donc encadrent le processus de marchandisation, en application de régulations nationales ou supranationales.

4.3. Le cadre socio-fiscal des cotisations de protection sociale complémentaire d'entreprise: une nouvelle donne pour les entreprises

Dans le sillage des lois 2003 et 2004, un ensemble de textes ont fixé le nouveau contexte réglementaire devant être respecté par les régimes de prévoyance et de santé pour pouvoir

¹⁰⁷ P-L BRAS « Le médecin traitant ; raisons et déraison d'une politique publique », *Droit Social*, n° 11, 2006, p. 59-72.

¹⁰⁸ P. LAIGRE : « Quel est l'intérêt de généraliser le niveau complémentaire ? » In : F. CHARPENTIER (Dir.) *Encyclopédie de la protection sociale. Quelle refondation ?* Paris : Economica, 2000, p. 935-946.

¹⁰⁹ Voir sur ce point L.H. SUMMERS « Some simple economics of mandated benefits », *American Economic Association Papers and proceedings*, 1989, 79 (2), p.177-183.

bénéficiaire des exonérations sociales et des déductions fiscales dans la limite de plafonds. Ces avantages peuvent naître au titre de l'impôt sur le revenu (salariés), au titre de l'impôt sur les sociétés (entreprises), au titre des cotisations sociales (entreprises et bénéficiaires). Nous présentons successivement ces trois aspects, en tentant de dégager ce que la législation et la réglementation ont changé par rapport aux dispositions antérieures.

4.3.1. La fiscalité des salariés

Le problème est celui de la déduction, pour le calcul de l'impôt sur le revenu des cotisations versées à des régimes de retraite et de prévoyance dans le cadre de l'entreprise. Le principe d'une telle déduction était posé dans l'article 83 du CGI : « *Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés, les retenues faites par l'employeur en vue de la constitution de pensions ou de retraites* ».

Dans un premier temps donc, seules les retenues faites par l'employeur en vue de pensions ou de retraites pouvaient faire l'objet de déductions, déductions par ailleurs sans limite. De ce point de vue, la législation de 1985, en vigueur jusqu'à très récemment a à la fois étendu le principe de déductibilité à la prévoyance et introduit des limitations. J. Schmidt rappelle les différentes étapes qui ont fait évoluer les principes initiaux¹¹⁰.

En 1967, une note du Bulletin Officiel des Impôts¹¹¹ :

- limite le champ d'application de l'article 83 aux seules cotisations relatives à un régime de retraite,
- introduit la règle des 19% qui limite la déductibilité des cotisations versées par l'employeur à un montant qui n'excède pas 19% de la rémunération brute effective du salarié,
- conditionne les déductions à la participation de l'employeur.

En 1975, une note du Bulletin Officiel des Impôts¹¹² :

- étend le champ d'application aux régimes complémentaires et supplémentaires de prévoyance,
- et précise que le montant des cotisations affectées à d'autres risques que la vieillesse ne saurait dépasser 3% de la rémunération (plafonnée) du bénéficiaire.

Ces limitations étaient toutefois peu appliquées et l'extension interprétée de façon très restrictive. D'où l'intervention du législateur, par la loi du 11 juillet 1985,¹¹³ qui modifie l'article 83 du CGI dans les termes suivants qui conduisent *in fine* à intégrer la prévoyance complémentaire dans le champ des déductions à côté de la retraite¹¹⁴, dans la limite toutefois d'un double plafond et sous réserve par ailleurs qu'il s'agisse d'une affiliation obligatoire :

« Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés :

¹¹⁰ SCHMIDT J. « Problèmes fiscaux ». *Droit Social*, n°4 (avril), 1986, p. 326-331.

¹¹¹ En date du 27 avril, BOED 67.11.3761.

¹¹² BODGI 5 L-6-75.

¹¹³ Loi évoquée précédemment, loi n°85-695 (art 17).

¹¹⁴ A condition que les cotisations soient afférentes à un régime exclusif de tout versement en capital, alors qu'en prévoyance le versement d'un capital est permis pour la couverture du risque décès.

*1° les cotisations de Sécurité sociale,
2° les cotisations ou les primes versées aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaires auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire,
Lorsque le total des versements du salarié et de l'employeur, tant aux caisses de Sécurité sociale au titre de l'assurance vieillesse qu'aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaires, excède 19% d'une somme égale à huit fois le plafond annuel moyen retenu pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale ou lorsqu'à l'intérieur de cette limite les versements aux seuls organismes de prévoyance dépassent 3% de la même somme, l'excédent est rajouté à la rémunération».*¹¹⁵

En 1988, la loi de finances porte la limite de déductibilité des cotisations de retraite et de prévoyance à 19% d'un montant égal à 12 fois le plafond annuel moyen de la Sécurité sociale, soit une augmentation de 50% de la limite de déductibilité. Les autres termes de la loi demeurent inchangés. Ces dispositions seront abrogées en 1990 et l'on reviendra à la règle dite « 19% de 8 PASS ».

Le système actuel, applicable à compter du 1^{er} janvier 2004, découle de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.¹¹⁶ Son article 111 modifie le régime des cotisations de retraite et de prévoyance au regard de l'impôt sur le revenu. Aux termes de la note de la DGI du 25 novembre 2005,¹¹⁷ sont désormais déductibles, et sous réserve de mesures transitoires applicables jusqu'à l'imposition des revenus de 2008 :

- sans limite, les cotisations versées aux régimes légalement obligatoires de retraite complémentaire (ARRCO, AGIRC, IRCANTEC) afin d'assurer le traitement fiscal homogène de l'ensemble des régimes légaux de retraite par répartition, de base comme complémentaires ;
- sous un plafond spécifique, les cotisations versées aux régimes obligatoires d'entreprise de retraite supplémentaire dits régimes 'article 83' qui inclut l'abondement éventuel de l'entreprise au plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO)
- sous un plafond également spécifique, les cotisations versées au titre des régimes obligatoires d'entreprise de prévoyance complémentaire, qui participent d'une logique différente de celle des retraites.

Les limites de déduction des cotisations versées aux régimes obligatoires de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire ont été fixées par l'article 82 de la Loi de Finances pour 2004¹¹⁸ :

¹¹⁵ Citant J. BARTHELEMY in *les cahiers du DRH*, 12 septembre 2003, n°87, p 5, P. MORVAN (in *Droit de la protection sociale*, 2005) rappelle que le seuil de 19% devait permettre à un salarié du secteur privé de se constituer une retraite équivalente à celle d'un fonctionnaire, soit 75% de son dernier salaire.

¹¹⁶ Loi n°2003-775.

¹¹⁷ Instruction 5 F-15-05, BOI n°195 du 25 novembre 2005.

¹¹⁸ Loi n°2003-1311 du 30 décembre 2003.

– La limite de déduction des cotisations et primes versées, y compris les versements de l'employeur, aux régimes obligatoires de *retraite* supplémentaire s'établit :

- à 8 % de la rémunération annuelle brute retenue,
- à concurrence de huit fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année du versement des cotisations. Cette limite est réduite le cas échéant des sommes versées par l'entreprise au PERCO, soit 19.016 € pour 2004 et 19.323 € pour 2005.

Différentes conditions sont posées.

- a) Le régime doit être à affiliation obligatoire et collectif : les contrats passés avec un organisme d'assurance doivent revêtir la forme d'une assurance de groupe qui s'impose à la totalité du personnel appartenant à une catégorie donnée.
- b) Les cotisations doivent comporter une participation effective de l'employeur.
- c) Les cotisations doivent être fixées à un taux uniforme à l'égard de toutes les personnes appartenant à une même catégorie objective de personnel.
- d) Les cotisations doivent être afférentes à un régime exclusif de tout versement d'un capital.

– Les cotisations ou primes versées, y compris la participation de l'employeur, aux régimes obligatoires de *prévoyance* complémentaire sont déductibles dans une limite spécifique annuelle, égale à la somme des deux éléments suivants :

- 7 % du plafond annuel retenu pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale,
- et 3 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant annuel du plafond précité, soit 7.131 € pour 2004 et 7.246 € pour 2005.

Le régime de déduction concernant la prévoyance reprend les conditions a) b) et c) du régime relatif à la retraite supplémentaire. Il est toutefois précisé que « *le respect de l'uniformité des taux de cotisation pour toutes les personnes appartenant à une même catégorie objective de personnel n'interdit pas aux salariés de choisir à l'intérieur de la cotisation de prévoyance obligatoire, de moduler les taux de couverture et, par suite, les garanties relatives aux différents risques autorisés [sachant que] les risques assurés doivent être les mêmes que dans les régimes de Sécurité sociale de base (maladie, maternité, invalidité, incapacité de travail, décès ainsi que la dépendance qui est assimilée à la prévoyance) mais les prestations accordées peuvent revêtir des formes différentes (pension d'orphelin, rente éducation, etc.)* » (DGI, note 5-F-15-05, art 43).

Deux autres conditions ont été introduites en application de la loi du 13 août 2004 et de loi de finances de 2005 :

- a) à partir du 1^{er} janvier 2005 les garanties complémentaires ne doivent pas couvrir la participation forfaitaire de 1 € à la consultation médicale
- b) à compter du 1^{er} janvier 2006, la déduction fiscale est conditionnée par le respect du cahier des charges définissant les « contrats responsables ».

On reviendra ci-après sur l'impact qu'a la législation actuelle sur les pratiques d'entreprise¹¹⁹, mais d'ores et déjà on notera qu'entre 1985 et 2003, et à l'exception de la période 1988-1990, la limite de déductibilité fiscale est restée stable, en proportion du plafond de la Sécurité sociale. Dans le contexte qui prévaut depuis 1985 - faible progression des salaires et augmentation des cotisations sociales aux régimes de protection sociale - la contrainte a eu tendance à être atteinte plus rapidement. De ce point de vue, l'augmentation de 50% de la limite de déductibilité fiscale introduite en 1988 a pu desserrer de façon importante la contrainte pour les revenus les plus élevés. L'appréciation de l'incitation socio-fiscale actuelle devra quant à elle, et alors que les plafonds sont abaissés, prendre en compte les arbitrages prévoyance/retraite que la suppression du double plafond semble pouvoir redéfinir.

4.3.2. La fiscalité des entreprises et la PSCE

En matière de calcul de l'impôt sur les sociétés, la déduction fiscale des contributions de l'employeur obéit à la fois aux conditions générales de déduction des frais généraux (primes versées dans l'intérêt de l'entreprise, diminution de l'actif net) et aux conditions spécifiques prévues pour la déduction des rémunérations^{120,121,122}.

Ces primes sont déductibles lorsque le contrat a pour objet de compenser une perte d'un élément d'actif ou une charge d'exploitation. Elles sont également déductibles lorsque le contrat a pour objet de prémunir la société contre les pertes de recettes d'exploitation. Ainsi, en pratique, la condition essentielle de la déductibilité de ces primes est que la réalisation du risque soit éventuelle¹²³, et qu'en conséquence, l'entreprise n'a pas vocation à retrouver la disposition des versements réalisés¹²⁴. Par principe, sont également déductibles les provisions constituées pour faire face à ces paiements. Toutefois, par dérogation expresse, les provisions concernant des engagements liés au départ de l'entreprise (Indemnités de fin de carrière, Indemnités de licenciement, Retraite supplémentaire)^{125,126} ne sont pas déductibles.

¹¹⁹ Cf. 2^{ème} partie.

¹²⁰ Article 39 CGI et notamment Art 39-1-1°.

¹²¹ L'instruction fiscale 5F-23-85 du 5 décembre 1985 prévoit des conditions supplémentaires et notamment que le régime, s'il est institué par décision unilatérale, s'applique à la totalité des salariés.

¹²² Parfois, des secours ou pensions versés à des anciens salariés, à des conjoints ou enfants, ne sont pas déductibles, de même que des libéralités versées à des dirigeants ou anciens dirigeants.

¹²³ Il doit s'agir d'une cotisation d'assurance pour faire face à un risque futur aléatoire, et non pas d'un préfinancement d'une charge certaine.

¹²⁴ Puisqu'il s'agit de déduire des cotisations, l'idée générale est qu'il importe que celles-ci soient versées à des organismes possédant une personnalité distincte de celle de l'entreprise et l'entreprise ne doit conserver ni la propriété ni la disposition des cotisations versées. Cf. J. SCHMIDT, *op. cit*

¹²⁵ Article 86 de la loi de Finances pour 1985, n°84-12 08 du 29 décembre 1984.

¹²⁶ L'entreprise peut être tentée de préférer verser une cotisation à un régime d'assurance, cette cotisation incluant une part de préfinancement, plutôt que de constituer une provision dans sa comptabilité. Conseil d'État, 6 novembre 1991.

4.3.3. Le statut social des contributions patronales à la PSCE

Le statut social des contributions patronales versées à des régimes de retraite et de prévoyance est lié à l'approche retenue :

- En tant que rémunération différée ou indirecte, il y a lieu de considérer les contributions patronales comme de la rémunération, et donc de l'inclure dans l'assiette du calcul des charges sociales,
- En tant que « charge sociale patronale d'entreprise », il y a lieu de considérer les contributions patronales à de la protection sociale complémentaire d'entreprise comme des charges sociales additionnelles, temporairement propres à l'entreprise en attendant que le régime de base couvre l'ensemble des besoins sociaux ; ces sommes résultent donc du calcul des charges sociales mais ne participent pas à ce calcul, n'entrent pas dans l'assiette du calcul des charges sociales.

La deuxième option a prévalu jusqu'à l'aube du troisième millénaire. Les contributions patronales ont été considérées comme un avantage assimilable à un revenu lors de la création de la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale.

a) La situation jusqu'à la réforme de 2003

Par principe, entrent dans l'assiette des charges sociales tous les éléments de rémunération. « *Sont considérés comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités...* ».¹²⁷

Par dérogation expresse,¹²⁸ ont longtemps été exclues de l'assiette des charges sociales « *les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance* » pour la partie à la fois inférieure à 85 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale (retraite et prévoyance) et 19% du plafond annuel de la Sécurité Sociale (prévoyance).¹²⁹

Étaient également exonérées :

- les subventions globales d'équilibre éventuelles,
- les prestations versées directement par les entreprises à des personnes n'ayant plus de lien de subordination avec elles.

Dans ce régime qui a prévalu jusqu'en 2003, les contributions des employeurs finançant les régimes de retraite complémentaires obligatoires étaient intégrées dans le calcul des seuils précités, et impactaient le niveau des contributions complémentaires retenues pour l'assiette des

¹²⁷ CSS Art L.242-1

¹²⁸ Décret 85-783 du 23/07/85, Instruction ACOSS 85-1 du 20/08/85, Lettre circulaire ACOSS n°94/72 du 28/10/94.

¹²⁹ La jurisprudence témoigne du caractère très large de cette exclusion : peu importe qu'il s'agisse d'un contrat à adhésion obligatoire ou facultatif, d'un régime collectif ou d'un avantage individuel, d'un contrat qui s'applique à plusieurs ou à certains, peu importe la nature juridique de l'organisme assurant le régime complémentaire, peu importe si la part patronale de la cotisation est versée à cet organisme assureur ou s'il s'agit d'un remboursement au salarié d'une part de la cotisation, peu importe l'âge à partir duquel l'assuré peut bénéficier de la prestation de retraite, pourvu que le bénéfice de la prestation soit lié à la cessation définitive d'activité professionnelle salariée.

cotisations de Sécurité sociale, ce qui amputait, pour partie, la marge d'exonération offerte par la loi. Par ailleurs selon l'interprétation de la Cour de Cassation, et à la différence du Code des impôts, les cotisations versées à l'AGIRC et à l'ARRCO étaient calculées sur la base du taux d'appel¹³⁰ et non du taux contractuel et limitaient encore plus la marge d'exonération permise par la loi. Pour P. MORVAN « [était ainsi qualifiée] *de cotisation une contribution globale insusceptible d'individualisation par salarié et qui de surcroît n' [était] la contrepartie d'aucune prestation [mais] pure subvention d'équilibre* ». ¹³¹ L'écart entre le droit fiscal et le droit social se mesurait également au plan des conditions d'exonération. Le régime social ouvrait en effet le droit d'exonération indépendamment des modalités retenues dans le contrat d'assurance qui pouvait être collectif ou individuel, à affiliation obligatoire ou facultative. En ce sens les nouvelles règles introduites en 2003 vont plutôt dans le sens de l'alignement du droit social sur le droit fiscal.

b) La réforme de 2003, qui jouera à plein effet en 2008

Les dispositions de la loi du 21 août 2003 ont distingué les contributions patronales versées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires des autres contributions patronales de retraite et de prévoyance supplémentaire. Les contributions aux régimes de retraite *complémentaire légalement obligatoires* obéissant à un principe de répartition (principalement AGIRC, ARRCO et IRCANTEC) sont désormais totalement exclues de l'assiette de la CSG, de la CRDS et des cotisations de Sécurité sociale. Les contributions patronales qui financent des prestations de prévoyance *complémentaire* et de retraite *supplémentaire* bénéficient, quant à elles, d'un régime social propre. Certaines conditions d'exonération sont communes aux régimes de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, d'autres sont spécifiques.¹³²

– Quatre conditions cumulatives ouvrent le droit à l'exonération des contributions patronales, que ce soit en retraite supplémentaire ou en prévoyance complémentaire :

1. Les prestations doivent être versées par l'un des organismes suivants : institution de prévoyance, mutuelle, entreprise d'assurance, institution de retraite supplémentaire, institution de gestion de retraite supplémentaire.
2. Sauf s'il résulte d'une disposition législative ou réglementaire, le régime doit avoir été mis en place selon l'une des procédures suivantes (art L 911-1 du CSS) : convention ou accord collectif, ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur, décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à chaque intéressé.
3. La couverture doit avoir un caractère collectif (c'est-à-dire bénéficiant de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel de l'entreprise ou à une ou plusieurs catégories de salariés objectivement définie) et obligatoire.
4. Les contributions patronales ne doivent pas se substituer à d'autres éléments de rémunération.

¹³⁰ Pour mémoire, le taux d'appel (supérieur au taux contractuel) sert à assurer l'équilibre financier des régimes ARRCO/AGIRC.

¹³¹ P. MORVAN *op. cit.*, p. 529.

¹³² Nous reprenons ici le document d'information synthétique établi en date du 6/2/2006 par l'URSSAF (www.urssaf.fr).

– Conditions spécifiques aux régimes de *retraite* supplémentaire

Pour bénéficier d'une exonération, les contributions des employeurs doivent financer de véritables retraites, c'est-à-dire des prestations qui ne doivent être servies qu'au départ en retraite. Le Mémo social précise : « *autrement dit, aucune clause de rachat, total ou partiel, ne doit figurer dans le contrat.* »¹³³

Les contributions des employeurs au financement de prestations supplémentaires de retraite, qui remplissent les conditions de l'exonération définies dans la présente circulaire, sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas la plus élevée des deux suivantes :

- 5 % du montant du Plafond de Sécurité sociale (PSS) ;
- 5 % de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 CSS retenue dans la limite de cinq fois le montant du PSS.

C'est donc l'assiette des cotisations de Sécurité sociale qui sert de référence pour le calcul de la limite d'exonération. Toutefois, il n'est pas tenu compte pour la détermination du montant de la rémunération servant de référence au calcul de cette limite, des éventuelles contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumises aux cotisations de Sécurité sociale (il peut s'agir, par exemple, de contributions versées à un régime de retraite supplémentaire facultatif).

Les régimes supplémentaires à prestations définies (pour lesquels l'employeur s'engage à verser un certain niveau de prestations, dits « retraite chapeau » ou « article 39 du CGI ») bénéficient d'un régime dérogatoire par lequel les sommes versées par l'employeur sont exclues sans limite de l'assiette des cotisations sociales, de la CSG et de la CRDS, mais en contrepartie ces sommes sont soumises à une contribution patronale affectée au fonds de réserve des retraites. Cette contribution est assise, au choix de l'employeur, soit sur les rentes liquidées à partir du 1^{er} janvier 2004, soit sur les primes versées.

– Conditions spécifiques aux régimes de *prévoyance* complémentaire

Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance, qui remplissent les conditions de l'exonération définies dans la présente circulaire, sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de :

- 6 % du montant du plafond de la Sécurité sociale ;
- et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité sociale.

Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12 % du montant du plafond de la Sécurité sociale.

La rémunération soumise à cotisations de Sécurité sociale correspond à l'assiette des cotisations de Sécurité sociale. Pour la détermination du montant de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité sociale qui sert de référence pour le calcul de la limite, il n'est pas tenu compte, du

¹³³ Mémo social, 2005, p. 2193.

montant des éventuelles contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumises à cotisations de Sécurité sociale (il peut s'agir, par exemple, de contributions versées à un régime de retraite supplémentaire facultatif).

L'exonération des cotisations est réservée aux contrats dits « responsables ». Autrement dit, le contrat de prévoyance ne doit pas prévoir le remboursement de la participation de un euro mise à la charge des assurés pour tout acte ou consultation médicale. A défaut, le bénéfice des exonérations est supprimé. La loi prévoit qu'il en sera de même si, à compter du 1^{er} janvier 2006, les organismes complémentaires prennent en charge les majorations du ticket modérateur ou dépassements d'honoraires visant les personnes qui ne respectent pas le parcours de soins (qui n'ont pas choisi le médecin traitant ou qui consultent directement un spécialiste)¹³⁴ ou qui refusent l'inscription des actes pratiqués sur leur dossier médical personnel.

– Dispositions transitoires

Afin de permettre aux entreprises d'adapter leur régime de retraite supplémentaire ou leur régime de prévoyance complémentaire existants au 1^{er} janvier 2005 aux nouvelles règles d'exonération, la loi de 21 août 2003 a maintenu l'application de l'ancien dispositif jusqu'au 30 juin 2008, à condition que les contributions instituées avant le 1^{er} janvier 2005 entraient dans le champ des exonérations en vigueur.

Au total, on note que les nouveaux plafonds, applicables dès le 1^{er} janvier 2005 sont réduits par rapport aux précédents, même si les cotisations AGIRC et ARRCO n'entrent plus dans l'assiette d'assujettissement.

4.3.4. Le statut social de la prise en charge par l'employeur des contributions salariales à la PSC

La prise en charge, par l'employeur, de cotisations salariales à des régimes de prévoyance ou de retraite a pendant longtemps été assimilée à une contribution patronale à des régimes de retraite ou de prévoyance, avec les avantages correspondant. Sans aucun gain en terme de couverture/protection sociale complémentaire, l'employeur pouvait avoir intérêt à augmenter ses salariés, non pas sous forme de salaire soumis à charges sociales tant patronales que salariales, mais sous forme de prise en charge de cotisations salariales, en franchise tant de charges sociales que de CSG/CRDS. La législation de 2003 conditionne désormais les avantages fiscaux et sociaux à l'absence de substitution au salaire.

*Si l'on résume*¹³⁵, quatre changements ont été apportés par les nouvelles règles. En premier lieu, les régimes de prévoyance et de santé doivent dorénavant, pour bénéficier de l'exonération sociale, revêtir clairement un caractère collectif, c'est-à-dire concerner, de façon générale et impersonnelle, l'ensemble du personnel ou des catégories objectives. C'était une exigence des textes fiscaux, maintenant étendue aux textes sociaux. Deuxième changement, l'avantage socio-fiscal n'est accordé qu'aux contrats obligatoires : il y a ici un encouragement à élargir les bases de mutualisation et une incitation à transformer les régimes facultatifs en régimes obligatoires. Troisième changement, la participation de l'employeur doit être effective et uniforme pour l'ensemble des salariés relevant d'une même catégorie. Dernier changement, le bénéfice socio-

¹³⁴ Voir ACOSS lettre circulaire n°2005-168

¹³⁵ Cf. *Annexe du chapitre 1*, le tableau comparatif du régime social et fiscal de la PSCE avant/après 2003/2004

fiscal est conditionné au caractère responsable du contrat. En conséquence, si l'application des nouvelles règles sociales et fiscales, a amené les entreprises à revoir leurs régimes de protection complémentaire, elles sont nombreuses – nous le verrons à l'exemple des entreprises enquêtées – à avoir voulu aller au-delà d'une simple mise en conformité pour réviser les principes mêmes sur lesquels elles avaient jusqu'alors construit leurs pratiques en matière de protection sociale. D'autant que certaines d'entre elles, celles qui avaient des engagements envers leurs retraités, ont été simultanément contraintes d'opérer des choix nouveaux en application des nouvelles normes comptables. A côté du cadre socio-fiscal, les normes, comptables mais également prudentielles, constituent en effet un deuxième vecteur de transformation des pratiques des acteurs de la protection sociale complémentaire d'entreprise.

4.4. La normalisation comptable et prudentielle

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les entreprises cotées et leurs filiales ainsi que les entreprises non cotées mais établissant des états consolidés doivent, pour provisionner leurs engagements sociaux, appliquer les nouvelles normes comptables IAS/IFRS, normes vers lesquelles toutes les sociétés françaises devront converger à court terme. L'impact est important pour les entreprises qui ont mis en place des régimes de prévoyance à prestations définies. L'application des normes prudentielles, relevant les exigences de solvabilité des institutions gestionnaires de risques, va quant à elle, concerner les opérateurs du marché de l'assurance qui vont passer de normes essentiellement comptables à des normes actuarielles sophistiquées.

4.4.1. Les normes IAS

Parmi les avantages sociaux accordés au sein de l'entreprise, certains sont consommés dans la vie active, d'autres sont des avantages post-emploi. Cette distinction a des implications comptables importantes. En effet si les premiers sont comptabilisés comme des charges de période, contreparties des services rendus par les salariés actifs, les seconds relèvent d'avantages qui ne peuvent plus être considérés comme des contreparties puisque leurs bénéficiaires ne sont plus économiquement actifs dans l'entreprise.¹³⁶ Il s'ensuit que les engagements de l'entreprise pour ces avantages octroyés, ou maintenus, postérieurement à l'emploi doivent être constatés à son passif, sous forme de provisions. La prévoyance relève de la norme IAS 19 « avantages du personnel » qui s'applique à la comptabilisation, en valeur actuarielle, des avantages accordés au personnel.

Ainsi si l'entreprise s'est engagée, dans le cadre d'un accord d'entreprise, à prendre en charge la couverture médicale ou le régime de prévoyance de ses salariés lors du départ de l'entreprise, elle est liée par un engagement viager à l'égard de ses ex-salariés et tenue de l'évaluer et de le comptabiliser. C'est le cas de tous les avantages portés par des régimes à prestations définies par lesquels l'employeur s'oblige à payer les prestations convenues à son personnel en activité et à aux anciens salariés. On verra plus bas que les normes IAS redéfinissent l'économie générale des systèmes de protection des entreprises et amènent, d'ores et déjà, sur le sujet sensible de la couverture sociale des salariés retraités, des arbitrages nouveaux.

4.4.2. Les normes prudentielles

Les instances européennes ont élaboré des directives pour favoriser les échanges de biens et de services au sein de l'Europe. En matière de banque et d'assurance, au constat de très grands

¹³⁶ GAVANOU J-F, VALIN G., *Gouvernance Sociale et Fonds de pension*, Paris : Economica, 2007, p. 149 et suiv.

écarts en matière de pratiques, et de risque encouru, pour les assurés, elles ont procédé par étapes successives :

– Les premières directives¹³⁷ ont introduit le principe d'agrément administratif préalable, obligatoire, par branche d'activité, la séparation des activités assurance des autres activités, l'exigence d'un montant de capitaux minimal (marge de solvabilité) fonction des primes et des prestations versées, le respect de certaines normes de calcul des provisions (tables de mortalité, taux d'escompte).

– Les deuxièmes directives¹³⁸ ont renforcé la cohérence entre réglementations, et élargi les possibilités de libre prestation de services.

– Les troisièmes directives¹³⁹ ont relevé l'exigence de marge de solvabilité, révisé les normes de calcul des provisions et introduit l'agrément européen unique.

On a vu précédemment (*cf. supra*, section 3) les implications que ces différentes vagues de directives ont eues sur la réorganisation du marché de l'assurance complémentaire depuis le milieu des années 80. Une quatrième génération de directives (dites Solvabilité II) est en cours d'élaboration, qui introduit une majoration significative de l'exigence de capitaux minimum qui est fonction des cotisations, des prestations et des provisions, assortie d'une autre majoration significative, fonction, quant à elle, de l'organisation et du fonctionnement de l'entreprise d'assurance.

Le projet communautaire développe une approche tournée vers l'ensemble des risques : de souscription (sélection du portefeuille, tarification, comportement des assurés, estimation des provisions techniques), de marché (taux d'intérêt, cotation des actions, adossement actif passif), de crédit (risque de défaut de paiement d'un réassureur, etc.), de liquidité (risque de ne pas pouvoir mobiliser la trésorerie requise à un moment donné) et opérationnels (système d'information, procédures, etc.).

Solvabilité II s'articule autour de trois piliers. Le pilier 1 définit les exigences en capital et le pilier 2 le cadre du contrôle. Le pilier 3 déroule les exigences sur l'information à communiquer par l'assureur qui : a) doit comprendre les informations quantitatives et qualitatives nécessaires pour l'évaluation des piliers 1 et 2, ainsi que tout élément permettant la transparence du marché, b) doit être transmise de manière régulière, accessible et facilement compréhensible, c) nécessite la mise en place d'un dispositif permettant d'évaluer la qualité et la fréquence de la communication, d) doit être transmise à l'ensemble des niveaux du groupe.

En résumé, il s'agit, par l'application de Solvabilité II de renforcer le contrôle interne des entreprises d'assurance, d'encourager une meilleure gestion des risques et de promouvoir l'utilisation de modèles internes pour évaluer les besoins en fonds propres. Du coup, tous les opérateurs se trouvent confrontés à un ensemble de chantiers. Les réponses apportées et les solutions trouvées peuvent contribuer à réarchitecturer le marché, acteurs et produits. Pour les professionnels, la capacité à optimiser la gestion des risques – qui apparaît être au cœur ce qui est vu comme un projet d'entreprise – comporte en effet deux aspects. Elle dépend, d'abord, de l'aptitude à mettre en œuvre des mesures permettant de minimiser les besoins en fonds propres et en provisions. Des réajustements peuvent en découler sous la forme de « *segmentation des portefeuilles, abandon des activités trop consommatrices, meilleure maîtrise des risques, formulation optimisée des engagements* ». ¹⁴⁰ Le marché des produits peut donc évoluer.

¹³⁷ Directives 73/239/CEE du 24/7/1973 (assurance non vie) et 79/267/CEE du 5/3 1979 (assurance vie).

¹³⁸ Directives 88/357/CEE du 22/6/1988 (assurance non vie) et 90/619/CEE du 8/11/1990 (assurance vie).

¹³⁹ Directives 92/49/CEE du 18/6/1992 (assurance non vie) et 92/96/CEE du 10/11/1992 (assurance vie).

¹⁴⁰ Nous reprenons l'analyse de V. MENDEL KOPELMAN « Un choc réglementaire sous forme de révolution ». *La Tribune de l'Assurance*, n°118-119, décembre 2007.

L'optimisation de la gestion des risques dépend, ensuite, de l'aptitude qu'auront des institutions à s'approprier la culture procédurale qui conditionnera leur crédibilité auprès de l'autorité de contrôle et qui passe par « *la fiabilisation des bases de données et un reporting exhaustif et performant* ». Dans ce processus, les différents opérateurs ne sont pas également armés, parce que techniquement inégalement équipés pour faire face aux implications opérationnelles de Solvabilité II. De ce point de vue l'assurance collective, où domine la délégation de gestion, pourrait être la plus impactée. En tout état de cause, si l'horizon comporte encore de larges pans d'incertitude, notamment du fait de la capacité des lobbyings à influencer les choix européens, ce « choc réglementaire » qui durcit les exigences de solvabilité et les règles de gestion n'est pas sans conséquences sur le processus de concentration qui caractérise le secteur de l'assurance, comme on le verra plus bas. Dans l'immédiat, il a contribué à faire de l'ACAM, un acteur incontournable dans le champ de l'assurance et de facto dans celui de la protection sociale complémentaire en entreprise, même si ici son influence est le plus souvent indirecte.

*

* *

A la fin de la section précédente, nous rapprochions les préoccupations du législateur de 1989, avec celles des parlementaires de la III^e République qui, au début du siècle, avaient porté sur l'agenda politique la question des assurances sociales. A ces deux moments en effet, il s'agissait de mettre le travailleur à l'abri d'une protection aléatoire. Les solutions ont conduit, dans la première séquence à, sinon construire, du moins fonder le principe d'un système obligatoire *en dehors de l'entreprise*, principe sur lequel reposera l'édifice de la Sécurité sociale. Dans la deuxième séquence évoquée, celle ouverte au cours des années 80, les choix visent à rationaliser un système complémentaire *dans l'entreprise*.

Les deux chocs réglementaires que nous venons d'introduire, en lien avec les processus de normalisation comptable et prudentielle, sont inspirés d'un objectif qui reste semblable dans son principe – ne s'agit-il pas de protéger *in fine* le destinataire final de l'assurance, aujourd'hui en obligeant les fournisseurs d'assurance à « rendre des comptes », sous le contrôle d'un tiers ? Mais on conviendra aisément que c'est une séquence nouvelle qui a été ouverte. Par rapport à l'intervention étatique de 1989, la nouveauté ne réside pas tant dans la diversité des instruments d'action publique (on retrouve à chaque fois l'instrument législatif et réglementaire, l'instrument fiscal, la délégation aux mécanismes conventionnels et le poids des normes européennes) que la façon dont ils sont mobilisés, simultanément, par un acteur public qui au début des années 2000, semble témoigner – au regard de l'analyse que l'on peut faire de la dimension incitative du nouveau cadre socio-fiscal – de sa préférence pour, d'une part, un modèle de protection complémentaire obligatoire, largement mutualisé, négocié entre les partenaires sociaux, « responsable » et normalisé, assez proche finalement du modèle « d'assurance de salaire » qui est le modèle d'une Sécurité sociale bismarckienne et d'autre part, pour des formes complémentaires de protection sociale dont l'organisation, encadrée et régulée, revient aux acteurs du marché, entreprises organismes assureurs. C'est ce marché que nous allons tenter de cerner.

ANNEXE Chapitre 1

Tableau récapitulatif du régime social et fiscal de la avant et après les lois de 2003 et de 2004

		AVANT			APRES	
RÉGIME FISCAL	Nature des cotisations prise en compte	Cotisations patronales et salariales : - régimes de retraite de <u>base et complémentaires</u> obligatoires (taux contractuels ARRCO/AGIRC) - régimes de retraite & prévoyance supplémentaire			Cotisations patronales et salariales : - régimes de retraite supplémentaire - régimes de prévoyance complémentaire	
	Nature des cotisations	<i>Cotisations de Prévoyance complémentaire</i>	<i>Cotisations de Retraite Supplémentaire</i>		<i>Cotisations de Prévoyance complémentaire</i>	<i>Cotisations de Retraite Supplémentaire</i>
	Conditions de déduction	Caractère collectif et obligatoire et taux uniforme Participation de l'employeur			Caractère collectif et obligatoire et taux uniforme Participation de l'employeur	
		Sortie exclusive des prestations en rente (sauf décès)	Sortie exclusive des prestations en rente		Respect du cahier des charges « contrats responsables »	Régime exclusif de tout versement en capital
	Avantage fiscal	19 % de 8 PASS			Déductibilité dans la limite de [7% du PASS + 3% RAB], total qui ne peut pas excéder 3 % de 8 fois le PASS	8 % de la RAB limitée à 8PASS (en tenant compte de l'abondement employeur au PERCO)
		La part de la prévoyance ne peut excéder 3% de 8 PASS			7.131 € en 2004	19.016 € en 2004
45.892 € en 2005				7.246 € en 2005	19.323 € en 2005	
7.246 € en 2005						
Textes	CGI, art 83-2 Instruction fiscale du 5 décembre 1985			CGI, art 83, 1° <i>quarter</i> CGI, Annexe III, art 39, 2°d.	CGI, art 83, 2° CGI, Annexe III, art 39, 2°d.	
RÉGIME SOCIAL	Nature des cotisations prise en compte	Cotisations patronales : - régimes de retraite <u>complémentaires</u> obligatoires (taux d'appel ARRCO/AGIRC) - régimes de retraite et prévoyance supplémentaire			Cotisations patronales : - régimes de retraite supplémentaire - régimes de prévoyance complémentaire	
	Nature des cotisations	<i>Cotisations de Prévoyance complémentaire</i>	<i>Cotisations de Retraite Supplémentaire</i>		<i>Cotisations de Prévoyance complémentaire</i>	<i>Cotisations de Retraite Supplémentaire</i>
	Conditions d'exonération	Régime collectif ou individuel, facultatif ou obligatoire			Caractère collectif et obligatoire et taux uniforme Participation de l'employeur « contrats responsables »	
	Avantage social	85 % du PASS			Exonération dans la limite de : [6% du PASS (1.812 € en 2005) + 1,5% de la RAB déduction faite des contributions patronales au financement de la prévoyance] total qui ne peut pas excéder 12% du PASS (3.623 € en 2005)	Exonération dans la limite de 5% du PASS ou 5% de la rémunération soumise à cotisations déduction faite des contributions patronales au financement de la retraite supplémentaire] et limité à 5 fois le PASS. Décompte de l'abondement au PERCO
		La part de la prévoyance ne peut excéder 19% du PASS				
		25.663 € en 2005				
5.736 € en 2005						
Textes	CSS, art L.242-1 CSS, art. D 242-1	CSS, art L.242-1 CSS, art. D 242-1		CSS, art L.242-1, al. 6 et 8 CSS, art. D 242-1	CSS, art L.242-1, al. 6 et 7 CSS, art. D 242-1	

CHAPITRE 2

Cadrage macro-économique de la protection sociale complémentaire

La protection sociale complémentaire est susceptible de concerner un nombre important d'organismes. Ainsi, selon la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCAMIP),¹⁴¹ le secteur des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance comprenait en 2004 :

- 394 sociétés d'assurance,
- 31 sociétés de réassurance,
- 17 groupes d'assurance,
- 2400 mutuelles,
- 79 institutions de prévoyance
- et 95 institutions de retraite supplémentaire¹⁴².

L'activité de ces organismes a représenté 171 milliards d'€ de primes encaissées (115 milliards d'€ en vie et 56 milliards d'€ en non vie). Ils ont des statuts très différents. On distingue :

- les sociétés d'assurance de droit français régies par le code des assurances ;
- les sociétés de réassurance de droit français régies par le code des assurances ;
- les sociétés d'assurance de droit extra-communautaire opérant en France ;
- les mutuelles régies par le Code de la Mutualité ;
- les institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité Sociale ;
- les institutions de retraite supplémentaire régies par le code de la Sécurité Sociale

L'objectif de cette étude est de faire le point sur l'étendue de la protection sociale complémentaire collective en France en utilisant les données macro-économiques disponibles.

Au niveau fonctionnel, la protection sociale, qu'elle soit obligatoire ou complémentaire, relève d'une logique d'assurance. Afin de rendre compte de l'importance et de la nature des activités effectuées, nous sommes partis de la classification de la Comptabilité Nationale qui distingue deux grandes catégories d'assurance, l'« Assurance Sociale » et les « Autres assurances » (c'est-à-dire l'assurance vie, d'une part, et l'assurance dommages, d'autre part). Nous avons mobilisé les données des comptes de la protection sociale (compte satellite de la comptabilité nationale) que nous avons complétées par celles de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) pour ce qui concerne le secteur des sociétés d'assurance.

¹⁴¹ La CCAMIP est chargée de contrôler l'ensemble des acteurs du marché français de l'assurance. Sa création, prévue par la loi de sécurité financière (loi n°2003-706 du 1er août 2003), résulte de la fusion de deux institutions antérieures : la Commission de contrôle des assurances (CCA) et la Commission de contrôle des mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP). Il s'agit d'une autorité publique indépendante mise en place officiellement le 15 juillet 2004 qui a pour mission principale de contrôler l'ensemble des acteurs du marché de l'assurance, quel que soit leur statut. En 1995, elle est devenue ACAM, Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005).

¹⁴² CCAMIP, Rapport 2004.

Section 1. Concepts et méthodes

1.1. L'assurance sociale

1.1.1. Principe

Les régimes d'assurance sociale sont des régimes en vertu desquels des cotisations sociales sont versées, par les salariés ou d'autres particuliers, les employeurs pour le compte de leurs salariés, afin de garantir au salarié ou aux autres cotisants ainsi qu'à leurs personnes à charge ou à leurs survivants un droit à des prestations d'assurance sociale. Ces régimes sont souvent organisés de manière collective, de sorte que les individus ne sont pas tenus de souscrire des polices d'assurance individuelles en leur nom propre. Toutefois, les polices individuelles sont considérées comme faisant partie du régime d'assurance sociale si elles couvrent des risques ou besoins sociaux et que l'affiliation au régime est rendue obligatoire par la Loi ou le contrat d'emploi ou le régime est géré pour le compte d'un groupe de personnes et limité à ces dernières ou l'employeur cotise au régime pour le compte de ses salariés.

Les prestations d'assurance sociales comprennent la couverture des charges résultant pour les individus et les ménages de l'apparition ou de l'existence de certains risques sociaux dans la mesure où cette dépense donne lieu à l'intervention d'un mécanisme de prévoyance. Ce mécanisme a pour but de compenser tout ou partie de la diminution de ressources ou de l'augmentation de charges sans qu'il y ait contrepartie équivalente et simultanée de la part des bénéficiaires. Cela signifie que le bénéficiaire n'est pas soumis, contrairement à ce qui se passe dans le processus assurantiel classique, au versement de primes ou de cotisations établies en fonction de risques spécifiques qu'il présente (âge, morbidité antérieure ou antécédents familiaux).

1.1.2. Prestations

La protection sociale prend des formes variées que l'on analyse en s'intéressant à la nature des prestations versées. Celles-ci se décomposent en fonction de la nature du « risque social » associé.

On distingue ainsi :

- Le risque santé qui comprend la maladie, les accidents du travail et l'invalidité.
- Le risque vieillesse et survie.
- Le risque maternité et famille.
- Le risque emploi qui regroupe le chômage, l'insertion et la réinsertion professionnelle.
- Le risque logement.
- La pauvreté et l'exclusion sociale.

Les avantages peuvent prendre la forme de prestations sociales en espèce qui augmentent les ressources des ménages qui les reçoivent ou à la fourniture gratuite, ou à tarif réduit, de biens et services.

1.1.3. Organismes

Ainsi, pour la comptabilité nationale, on appelle régime l'ensemble des règles définissant les cotisations sociales à payer pour que soient délivrées des prestations sociales lorsque survient le risque ou les besoins sociaux. Les organismes qui gèrent un système de prévoyance collective en relation avec un risque de la protection sociale font partie d'un régime. Les régimes disposent généralement d'une comptabilité complète et d'une certaine autonomie. C'est le cas des caisses de Sécurité sociale ou des mutuelles. Ils peuvent également ne pas avoir de comptabilité propre

ou d'autonomie parce qu'ils sont intégrés au compte d'un employeur ou d'une administration. C'est le cas des régimes dits d'employeurs.

Le champ des régimes des comptes de la protection sociale inclut donc :

- les régimes des Administrations de Sécurité sociale.
- les régimes privés d'assurance sociale comprenant les mutuelles dépendant du code de la Mutualité, les caisses autonomes mutualistes (CAM), les institutions de retraite supplémentaire (IRS) et les institutions de prévoyance.
- et les régimes directs d'employeurs d'autre part, c'est-à-dire les régimes légaux et extra légaux gérés par les employeurs qu'ils soient publics ou privés.

Notre but étant d'évaluer l'importance macro-économique de la protection sociale complémentaire privée facultative, nous avons retenu dans notre analyse les régimes suivants :

- Pour les régimes d'employeurs, uniquement ceux concernant secteurs des sociétés financières (SF) (code INSEE Base 95 : S12, Code CPS Base 95 : 2007) et des Sociétés Non financières (SNF) au sens de la comptabilité nationale (code INSEE Base 95 : S11, Code CPS Base 95 : 2006). On donc été exclus les régimes d'assurance sociale organisés par des unités des administrations publiques pour leur propre personnel.
- L'ensemble des régimes privés d'assurance sociale c'est-à-dire les Groupements mutualistes (code INSEE Base 95 : S125, Code CPS Base 95 : 3001), les institutions de retraite supplémentaire (code INSEE Base 95 : S125, Code CPS Base 95 : 3002) et les institutions de prévoyance (code INSEE Base 95 : S125, Code CPS Base 95 : 3003).

Par définition, toutes les prestations d'assurance sociale des régimes privés sont considérées comme faisant partie du poste D62 « Prestations sociales autres que les transferts sociaux en nature ».

1.1.4. Sources des données

Les comptes de la protection sociale ont pour objectif de retracer l'importance de l'assurance. Ce sont des comptes satellites des comptes nationaux. Leur objectif est de décrire l'ensemble du système de protection sociale et son insertion dans l'équilibre macro-économique général. Ils sont établis chaque année et publiés en septembre-octobre de l'année N+1 dans leur version provisoire. Périodiquement, les comptes nationaux changent de base. Dans ce cadre, les définitions utilisées sont revues et les sources améliorées. Les comptes de la protection sociale se conforment à ces changements. Ainsi, les comptes ont été publiés en base dite « 2000 » pour l'année 2004. Les comptes de la protection sociale sont également disponibles en base 2000 pour les années 2000, 2001, 2002 et 2003.

Pour réaliser ce travail une extraction de données des comptes de la protection sociale a été effectuée par la DREES à notre demande. Les données lui sont communiquées par les services des comptes nationaux de l'INSEE. Ces tableaux ont donc été validés et complétés, le cas échéant par les services de l'INSEE.

1.2. Les « autres assurances »

1.2.1. Principe

Les autres assurances garantissent aux unités institutionnelles exposées à certains risques, une protection financière contre la réalisation de ces risques. Il s'agit également d'une forme d'intermédiation financière puisque des fonds sont collectés auprès des titulaires de polices d'assurance et investis en actifs financiers. Ces autres assurances souscrites par les ménages peuvent couvrir les mêmes risques ou besoins que les régimes d'assurance sociale. La différence

réside dans le fait que ces autres polices d'assurances sont réputées être souscrites volontairement et individuellement par les ménages, à leur propre avantage, en toute indépendance vis-à-vis des employeurs ou des administrations.

Dans ce cadre, on distingue les autres assurances vie et les autres assurances dommages.

L'assurance vie : les détenteurs de ces assurances sont exclusivement des ménages, résidents ou non résidents. Le preneur d'assurance effectue des paiements réguliers à un assureur qui en contrepartie s'engage à lui servir une prestation à une date précise ou à un bénéficiaire désigné par lui s'il décède, soit sous forme de capital, soit sous la forme d'une rente. Il y a donc toujours paiement d'une indemnité à l'assuré ou à ses survivants. Les polices d'assurance qui ne prévoient le paiement d'une indemnité qu'au décès de l'assuré sont considérées comme une assurance dommage.

L'assurance dommages : toutes les unités institutionnelles peuvent souscrire ces polices d'assurance dommage. Elles incluent l'assurance temporaire et l'assurance contre tous les risques autres que le décès (accident, maladie par exemple). Les indemnités peuvent être versées sous forme de rente ou de capital. Il n'y a pas obligatoirement de paiement d'une indemnité et le nombre de personnes bénéficiaires des indemnités versées est très largement inférieur à celui des assurés.

La protection sociale complémentaire, lorsqu'elle n'est pas considérée comme de l'assurance sociale, relève donc de l'assurance dommages.

1.2.2. Organismes

Les compagnies d'assurance (vie et non vie, S1251 code INSEE, Base 1995) ont une activité qui correspond à la couverture de risques sociaux (contrats santé ou prévoyance proposés dans le cadre de contrats de travail) et devraient donc verser des prestations sociales au sens de la définition de l'assurance sociale. Cependant, pour l'instant, l'activité des compagnies d'assurances bien qu'elle couvre les mêmes risques ou besoin, rentre exclusivement dans la catégorie « autres assurances ».

La différence avec l'assurance sociale réside dans le fait que l'on considère que les « autres polices d'assurance » sont souscrites volontairement et individuellement par les ménages à leur propre avantage, en toute indépendance vis-à-vis de leur employeur ou des administrations publiques. S'il apparaissait que ce type de contrat faisait obligatoirement partie du contrat de travail, on devrait se demander s'il ne s'agit pas effectivement d'une assurance sociale. Pour l'instant, l'activité d'assurance sociale des sociétés d'assurance est donc considérée comme nulle (cf. *la colonne S1251 des tableaux 1 à 5 qui est vide*).

1.2.3. Source des données

Compte tenu du fait que l'on ne mesure pas la PSC des compagnies d'assurance dans l'assurance sociale, nous avons tenté d'obtenir des données décomposées de l'activité d'assurance dommages pour ces organismes. Or les seules données dont disposent les comptes nationaux concernant l'assurance dommages sont des données agrégées qui comprennent à la fois les assurances de personnes et de biens. Les données de l'ACAM (CCAMIP) ne retiennent pas quant à elles, pour l'instant, une nomenclature qui permettrait d'isoler l'activité de protection sociale complémentaire au sein de l'assurance dommages.

Nous avons eu recours aux données publiées par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA). La FFSA a ses propres nomenclatures qui ne sont pas complètement superposables avec celles des comptes nationaux. En 2005, 295 entreprises d'assurance, de capitalisation ou de réassurance étaient adhérentes à la Fédération Française d'Assurance

(FFSA)¹⁴³. Ces entreprises représentent 90% du marché de l'assurance, les 10% restants correspondent à certaines entreprises d'assurance mutuelle sans intermédiaire adhérant au groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA) et quelques sociétés qui n'adhèrent à aucune organisation professionnelle. Les entreprises adhérentes à la FFSA se répartissent en 183 sociétés anonymes françaises, 64 sociétés françaises d'assurance mutuelle, 48 succursales de sociétés étrangères. Les données qui sont présentées ici couvrent donc un champ un peu plus étroit que le sous-secteur S1251 (assurance vie et assurance non vie) de la comptabilité nationale qui retient les entreprises d'assurance relevant du champ de la CCAMIP. Il faut signaler que les données de la FFSA concernant la couverture du risque santé sont celles qui sont directement utilisées dans le cadre des comptes de la santé (autre compte satellite des comptes nationaux).

1.3. Assurance individuelle et assurance collective

Les régimes privés d'assurance sociale versent des prestations de protection sociale à la fois au titre de la protection sociale complémentaire d'entreprise, mais également dans le cadre de contrats de protection sociale souscrits à titre individuel. Il n'est cependant pas toujours possible de connaître d'isoler ces deux types de contrats dans le montant total des prestations versées. Pour les entreprises d'assurance, cette distinction est effectuée par la FFSA. Par contre, pour l'activité des mutuelles, IRS et instituts de prévoyance, la distinction n'est pas présente dans les comptes de la protection sociale. Nous avons donc fourni dans un premier temps les données brutes, puis nous avons tenté d'approximer la répartition entre contrats d'entreprises et contrats individuels.

Au total, le champ couvert par ce travail de quantification rend compte dans un premier temps des prestations de protection sociale complémentaire (c'est-à-dire hors régimes légaux) versées par les régimes d'employeurs, les régimes d'assurance sociale ou les sociétés d'assurance, que ces prestations aient été versées dans le cadre de contrats souscrits à titre individuel ou collectif. Dans un second temps on essaie d'approximer la part des contrats collectifs dans ce total.

Section 2. Résultats

2.1. L'équilibre ressources-emplois pour l'assurance sociale

Les données sont présentées ci-dessous dans les tableaux 1 à 5 pour les années 2000 à 2004. Les chiffres sont en millions d'€ courants. Il s'agit de rendre compte du niveau de réalisation de l'équilibre Cotisations-Prestations. Il est à noter que les nomenclatures utilisées ici sont les mêmes que celles pour les régimes obligatoires d'assurance sociale et sont conformes à la comptabilité publique. Or elles ne sont pas forcément adaptées à la logique des mutuelles, IP et IRS ou des compagnies d'assurance.

¹⁴³ Rapport annuel, FFSA, 2004.

2.1.1. Les ressources des organismes

Les cotisations sociales sont les paiements effectifs ou imputés afin d'ouvrir des droits à prestations. Les cotisations effectives comprennent tous les versements que les personnes assurées ou les employeurs font à des régimes octroyant des prestations d'assurance sociale, afin d'acquérir ou de maintenir le droit à ces prestations.

- Les cotisations sociales effectives à la charge des employeurs (R111) sont les versements effectués par les employeurs à un tiers qui administre un régime d'assurance sociale pour garantir à leurs salariés le droit à des prestations sociales. Elles incluent, le cas échéant, les primes à payer en vertu de polices d'assurance individuelles souscrites dans le cadre de régimes d'assurance sociale. En contrepartie, les indemnités à recevoir sont enregistrées en prestations d'assurance sociale des régimes privés (D622).
- Les cotisations sociales effectives à la charge des salariés (R112) sont des contributions à payer par les salariés ou par les employeurs pour le compte de leurs salariés, aux différents régimes. Comme pour les cotisations employeurs, elles incluent, le cas échéant, les primes à payer en vertu de polices d'assurance individuelles souscrites dans le cadre de régimes d'assurance sociale. En contrepartie, les indemnités à recevoir sont enregistrées en prestations d'assurance sociale des régimes privés (D622).
- Les autres cotisations sociales concernent notamment les cotisations de travailleurs indépendants pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit ou les cotisations des personnes n'occupant pas d'emploi (chômeurs et retraités, étudiants, assurés volontaires).

Trois précisions dont à apporter pour les organismes qui nous intéressent :

a) Dans le cadre des régimes d'employeurs des SF et des SNF, les emplois sont par conventions égaux aux ressources. En effet, les prestations versées le sont sans que les employeurs n'aient auparavant cotisé à un régime d'assurance sociale. Dans ce cas l'employeur est son propre assureur. La comptabilité nationale fait comme si les prestations versées l'étaient en contrepartie de cotisations « fictives » préalables. On calcule le montant de ces cotisations à partir des prestations versées et il y a par définition égalité entre les deux.

b) En revanche, les cotisations des mutuelles, IP et IRS sont de vraies cotisations. Ces cotisations volontaires à des régimes privés sont égales aux contributions versées, diminuées des frais de gestion du service d'assurance sociale rendu et majorées des revenus de la propriété attribués aux assurés. Elles sont également identiques aux prestations. Ceci découle du principe général des comptes des assurances qui dit que les primes nettes acquises sont égales aux indemnités dues (voir SEC 95 page 296). Pour les organismes cités, cela se traduit par un équilibre Cotisations = Prestations.

c) Les cotisations sociales se partagent entre la part employeurs et la part salariés. Il est à noter qu'il n'y a pas de cotisations sociales employeurs pour les mutuelles. Les cotisations sociales versées par les employeurs dans le cadre de contrats souscrits par les employeurs sont donc attribuées aux salariés.

Les autres ressources concernent :

- les revenus de la propriété concernent les revenus des immeubles dont les régimes sont propriétaires,
- les produits financiers (intérêts, dividendes et autres revenus).
- la vente de biens et services et des transferts divers.

2.1.2. Les emplois

Pour chaque risque, les prestations sociales peuvent être attribuées en espèces ou en nature. Les prestations en espèce visent à augmenter globalement les ressources des ménages, sans lien d'affectation à la couverture d'une dépense particulière. Les prestations en nature sont des transferts sociaux destinés à alléger la charge financière que représente pour les ménages la protection contre un certain nombre de risques ou de besoins sociaux. Elles prennent la forme de remboursements, de prise en charge de certains débours ou d'accès à des services.

Les frais de gestion sont des frais administratifs liés au versement des prestations. Ils comprennent : les rémunérations (salaires et cotisations sociales), la consommation de biens et services et les autres frais de gestion (primes d'assurance, impôts, taxes et frais divers). Les frais de gestion sont connus uniquement pour les organismes à comptabilité complète (Mutualité, IRS et IP). Pour les régimes d'employeurs on n'enregistre pas de frais de gestion faute de pouvoir isoler au sein des régimes la part afférente à la protection sociale.

Les revenus de la propriété regroupent deux postes :

- Les frais financiers : il s'agit des intérêts des comptes débiteurs ou des emprunts que les organismes ont dû contracter.
- Les revenus de la propriété attribués aux assurés correspondent au total des revenus primaires que tirent les régimes du placement de leurs réserves techniques en actifs financiers, immeubles ou en terrains. Ce revenu est en pratique conservé par les régimes. On considère cependant qu'il est remboursé aux assurés.

Les autres dépenses reprennent les dépenses courantes qui n'ont pas de lien direct avec la gestion des caisses (impôts sur le revenu, transferts divers, amendes et pénalités...).

Tableaux de synthèse de 2000 à 2004 (pages suivantes)

Tableau 1 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2000.

Année 2000 base 2000, millions d'€	2006 Rég. employeurs des SNF	2007 Rég. employeurs des SF	3001 Groupements mutualistes	3002 IRS	3003 IP	S1251 assurance vie et non vie	TOTAL Rég. Employeurs (2006-2007) + S125 Sociétés d'Assurance (3001+3002+3003+S1251)
TOTAL EMPLOIS	6757,67	686,40	13985,08	1539,00	6666,00		29634,15
Prestations de protection sociale	6757,67	686,40	9480,38	1034,00	5580,00		23538,45
Prestations sociales	6757,67	686,40	9480,38	1034,00	5580,00		23538,45
en espèces	6209,83	620,30	2075,45	1034,00	3082,92		13022,50
en nature	547,84	66,10	7404,93	0,00	2497,08		10515,95
Frais de gestion			4357,70	3,00	618,00		4978,70
Transferts			0,00	0,00			0,00
Revenus de la propriété			146,70	327,00	468,00		941,70
Frais financiers			37,70	0,00	0,00		37,70
Revenus de la propriété attribués aux assurés			109,00	327,00	468,00		904,00
Autres Dépenses			0,30	175,00			175,30
TOTAL RESSOURCES	6757,67	686,40	13856,90	1364,00	7050,00		29714,97
Cotisations totales			9480,00	1034,00	5580,00		16094,00
Cotisations effectives			9480,00	1034,00	5580,00		16094,00
cotisations sociales effectives à la charge des employeurs			0,00	752,00	1523,00		2275,00
cotisations sociales effectives à la charge des salariés			342,00	282,00	4057,00		4681,00
autres cotisations effectives par les travailleurs indépendants ou les personnes n'occupant pas d'emploi			1138,00				1138,00
Cotisations fictives	6757,67	686,40	0,00				7444,07
Impôts et Taxes							0,00
Transferts							0,00
Contributions publiques							0,00
Revenus des capitaux			161,00		468,00		629,00
Revenus de la propriété				327,00			327,00
Frais financiers							0,00
Autres recettes			4215,90	3,00	1002,00		5220,90
SOLDE	0,00	0,00	-128,18	-175,00	384,00		80,82

Tableau 2 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2001

Année 2001 base 2000, millions d'€	2006 Rég. employeurs des SNF	2007 Régimes d'employeurs des SF	3001 Groupements mutualistes	3002 IRS	3003 IP	S1251 assurance vie et non vie	Total Rég. Employeurs (2006-2007) + S125 Sociétés d'Assurance (3001+3002+3003+S1251)
TOTAL EMPLOIS	6968,68	693,90	14777,58	1542,00	7768,00		31750,16
Prestations de protection sociale	6968,68	693,90	10094,38	1054,00	6643,00		25453,96
Prestations sociales	6968,68	693,90	10094,38	1054,00	6643,00		25453,96
en espèces	6446,20	664,60	2209,87	1099,01	3519,00		13938,68
en nature	522,47	29,30	7884,50	0,00	3124,00		11560,27
Frais de gestion			4538,70	3,00	643,00		5184,70
Transferts			0,00	0,00			0,00
Revenus de la propriété			144,20	310,00	482,00		936,20
Frais financiers			34,70	0,00	0,00		34,70
Revenus de la propriété attribués aux assurés			109,50	323,00	482,00		914,50
Autres Dépenses			0,30	175,00			175,30
TOTAL RESSOURCES	6968,68	693,90	14439,88	1367,00	8162,10		31631,56
Cotisations totales			10094,38	1054,00	6643,00		17791,38
Cotisations effectives			10094,38	1054,00	6643,00		17791,38
cotisations sociales effectives à la charge des employeurs			0,00	766,00	1814,00		2580,00
cotisations sociales effectives à la charge des salariés			8883,00	288,00	4829,00		14000,00
autres cotisations effectives par les travailleurs indépendants ou les personnes n'occupant pas d'emploi			1211,00				1211,00
Cotisations fictives	6968,68	693,90	0,00				7662,58
Impôts et Taxes							0,00
Transferts							0,00
Contributions publiques							0,00
Revenus des capitaux			158,30		482,00		640,30
Revenus de la propriété				310,00			310,00
Frais financiers							0,00
Autres recettes			4187,20	3,00	1037,10		5227,30
SOLDE	0,00	0,00	-337,70	-175,00	394,10		-118,60

Tableau 3 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2002

Année 2002 base 2000, millions d'€	2006 Rég. employeurs des SNF	2007 Régimes d'employeurs des SF	3001 Groupements mutualistes	3002 IRS	3003 IP	S1251 assurance vie et non vie	Total Rég. Employeurs (2006-2007) + S125 Sociétés d'Assurance (3001+3002+3003+S1251)
TOTAL EMPLOIS	7113,62	727,90	15753,49	1600,01	9007,90		34202,92
Prestations de protection sociale	7113,62	727,90	10853,39	1099,01	7846,00		27639,92
Prestations sociales	7113,62	727,90	10853,39	1099,01	7846,00		27639,92
en espèces	6712,38	702,70	2376,03	1099,01	4281,00		15171,12
en nature	401,24	25,20	8477,63	0,00	3565,00		12469,07
Frais de gestion			4747,00	3,00	683,90		5433,90
Transferts			0,00	0,00			0,00
Revenus de la propriété			153,00	323,00	478,00		954,00
Frais financiers			37,00	0,00	0,00		37,00
Revenus de la propriété attribués aux assurés			116,00	323,00	478,00		917,00
Autres Dépenses			0,10	175,00			175,10
TOTAL RESSOURCES	7113,62	727,90	15239,90	1425,01	8760,00		33266,43
Cotisations totales			10853,00	1099,01	7846,00		19798,01
Cotisations effectives			10853,00	1099,01	7846,00		19798,01
cotisations sociales effectives à la charge des employeurs			0,00	798,90	2142,00		2940,90
cotisations sociales effectives à la charge des salariés			9551,00	300,00	5704,00		15555,00
autres cotisations effectives par les travailleurs indépendants ou les personnes n'occupant pas d'emploi			1302,00				1302,00
Cotisations fictives	7113,62	727,90	0,00				7841,52
Impôts et Taxes							0,00
Transferts							0,00
Contributions publiques							0,00
Revenus des capitaux			169,00		478,00		647,00
Revenus de la propriété				323,00			323,00
Frais financiers							0,00
Autres recettes			4217,90	3,00	436,00		4656,90
SOLDE	0,00	0,00	-513,59	-175,00	-247,90		-936,49

Tableau 4 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2003

Année 2003 base 2000, millions d'€	2006 Rég. employeurs des SNF	2007 Régimes d'employeurs des SF	3001 Groupements mutualistes	3002 IRS	3003 IP	S1251 assurance vie et non vie	Total Rég. Employeurs (2006-2007) + S125 Sociétés d'Assurance (3001+3002+3003+S1251)
EMPLOIS	7011,85	758,10	16618,31	1651,53	9423,30		35463,09
Prestations de protection sociale	7011,85	758,10	11452,41	1137,03	8260,00		28619,39
Prestations sociales	7011,85	758,10	11452,41	1137,03	8260,00		28619,39
en espèces	6590,05	726,30	2507,17	1137,03	4621,00		15581,55
en nature	421,80	31,80	8945,25	0,00	3639,00		13037,85
Frais de gestion			5009,00	3,00	703,30		5715,30
Transferts			0,00	0,00			0,00
Revenus de la propriété			157,00	336,50	460,00		953,50
Frais financiers			39,00	0,00	0,00		39,00
Revenus de la propriété attribués aux assurés			118,00	336,50	460,00		914,50
Autres Dépenses			-0,10	175,00			174,90
RESSOURCES	7011,85	758,10	16190,00	1476,50	8884,50		34320,95
Cotisations totales			11451,00	1137,00	8167,50		20755,50
Cotisations effectives			11451,00	1137,00	8167,50		20755,50
cotisations sociales effectives à la charge des employeurs			0,00	826,60	2229,60		3056,20
cotisations sociales effectives à la charge des salariés			10078,00	310,40	5937,90		16326,30
autres cotisations effectives par les travailleurs indépendants ou les personnes n'occupant pas d'emploi			1373,00				1373,00
Cotisations fictives	7011,85	758,10	0,00				7769,95
Impôts et Taxes							0,00
Transferts							0,00
Contributions publiques							0,00
Revenus des capitaux			174,00		460,00		634,00
Revenus de la propriété				336,50			336,50
Frais financiers							0,00
Autres recettes			4565,00	3,00	257,00		4825,00
SOLDE	0,00	0,00	-428,31	-175,03	-538,80		-1142,14

Tableau 5 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2004

Année 2004 base 2000, millions d'€	2006 Rég. employeurs des SNF	2007 Régimes d'employeurs des SF	3001 Groupements mutualistes	3002 IRS	3003 IP	S1251 assurance vie et non vie	Total Rég. Employeurs (2006-2007) + S125 Sociétés d'Assurance (3001+3002+3003+S1251)
EMPLOIS	7412,21	775,90	17428,18	1700,28	9280,37		36596,94
Prestations de protection sociale	7412,21	775,90	12059,44	1197,29	8268,00		29712,84
Prestations sociales	7412,21	775,90	12059,44	1197,29	8268,00		29712,84
en espèces	6908,68	741,30	2640,06	1197,29	4625,48		16112,81
en nature	503,54	34,60	9419,38	0,00	3642,52		13600,04
Frais de gestion			5208,00	3,00	720,37		5931,37
Transferts			0,00	0,00			0,00
Revenus de la propriété			161,00	324,98	292,00		777,98
Frais financiers			36,00	0,00			36,00
Revenus de la propriété attribués aux assurés			125,00	324,98	292,00		741,98
Autres Dépenses			-0,25	175,00			174,75
RESSOURCES	7412,21	775,90	16619,00	1525,25	8844,60		35176,96
Cotisations totales			12059,00	1197,26	8268,00		21524,26
Cotisations effectives			12059,00	1197,26	8268,00		21524,26
cotisations sociales effectives à la charge des employeurs			0,00	870,39	2257,00		3127,39
cotisations sociales effectives à la charge des salariés			10612,00	326,87	6011,00		16949,87
autres cotisations effectives par les travailleurs indépendants ou les personnes n'occupant pas d'emploi			1447,00				1447,00
Cotisations fictives	7412,21	775,90	0,00				8188,11
Impôts et Taxes							0,00
Transferts							0,00
Contributions publiques							0,00
Revenus des capitaux			169,00		292,00		461,00
Revenus de la propriété				324,98			324,98
Frais financiers							0,00
Autres recettes			4391,00	3,00	284,60		4678,60
SOLDE	0,00	0,00	-809,18	-175,03	-435,77		-1419,98

2.2. La décomposition des prestations d'assurance sociale versées par risque

2.2.1. Les différents risques

Les informations sur les prestations pour les années 2000 et 2004 figurent dans les tableaux 6 et 7. Les informations contenues dans ces tableaux sont une décomposition du total des prestations présenté dans les tableaux Ressources-Emplois. Quelques précisions sont nécessaires concernant le contenu des prestations.

a) Le risque santé

Le risque santé se décompose en trois postes.

Le risque maladie : Les prestations qui correspondent à ce poste sont destinées en majeure partie à couvrir les besoins de soins et de biens médicaux. Elles comprennent également des indemnités journalières et revenus de remplacement dans la mesure où la maladie entraîne une incapacité temporaire d'exercer une activité professionnelle.

Le risque invalidité : Il recouvre l'inaptitude permanente ou au moins durable à exercer une activité professionnelle ou à mener une vie sociale normale.

Les accidents du travail : Ce risque correspond à des accidents liés au travail ou au trajet domicile-travail déclarés et reconnus comme tels.

b) Le risque vieillesse-survie

Le risque vieillesse : Le système d'assurance vieillesse permet de garantir aux retraités une partie de ses revenus d'activité versés sous forme de pensions en fonction de cotisations versées durant la vie active. Les régimes supplémentaires facultatifs font partie du champ des comptes de la protection sociale. En sont exclus les fonds de pensions classés dans le secteur des assurances et qui, au sens des comptes nationaux, versent des indemnités et non des prestations.

Le risque survie : l'évènement constitutif de ce risque est le décès d'un conjoint ou d'un parent. Les prestations classées dans ce risque peuvent correspondre soit à des droits directs, c'est-à-dire déterminés sans référence à une prestation à laquelle avait ou aurait eu droit le décédé soit à des droits dérivés d'un droit du décédé (pension de réversion).

c) Le risque famille

Les prestations du risque famille comprennent les dépenses liées à la maternité, les prestations familiales ainsi que l'action sociale destinée aux familles.

Le risque maternité correspond aux besoins supplémentaires et aux diminutions de revenus résultant de la conception et de la mise au monde d'enfants ainsi que l'IVG ou l'adoption.

Le risque famille comprend les prestations versées au titre de la famille en espèces ou en nature.

d) Le risque emploi

Dans ce risque figurent les prestations liées à l'indemnisation du chômage mais également les dispositifs à la frontière entre emplois et retraites (ex. Préretraites).

2.2.2. Tableaux de synthèse (années 2000 et 2004) (Tableaux 6 et 7)

Tableau 6 : Prestations de protection sociale complémentaire versées année 2000

	Année 2000 base 2000 millions d'€	2006 Régimes d'employeurs des SNF	2007 Rég. Empl des SF	3001 Groupements mutualistes	3002 IRS	3003 IP	Total prestations
1	SANTE	1420,65	155,10	7808,83	0,00	4095,38	13479,96
11	MALADIE	1266,61	127,30	7620,76	0,00	3257,30	12271,97
11 11 13	Remplacement de revenu temporaire	1142,19	96,90	311,58		761,20	2311,87
	Indemnités Journalières	1142,19	96,90	311,58		761,20	2311,87
11 21 10	Soins de santé	124,42	30,40	7309,18		2496,10	9960,10
	dont pharmacie			2385,12		696,40	3081,52
12	INVALIDITE	28,62	0,00	179,77	0,00	808,50	1016,89
12 11 11	Remplacement de revenu permanent			138,80		808,50	947,30
	Rente invalidité			138,80		808,50	947,30
12 11 31	Allocation aux handicapés			14,90			
12 11 32	Prestations diverses			26,07			
12 21 20	Action sociale sans cond. de ress.	28,62					
	- Prestations de nature médico-sociale correspondant à l'hébergement des handicapés						
	- Frais d'hébergement et aide sociale aux handicapés						
	- Centre d'aide par le travail (frais de placement)						
	- Prest. extra-légales diverses des caisses de séc. soc. et frais divers (Collec. locales, Etat)						
13	ACCIDENTS DU TRAVAIL	125,42	27,80	8,30	0,00	29,58	191,10
	Indemnités journalières	125,42	27,80	8,30		29,58	191,10
2	VIEILLESSE-SURVIE	48,00	0,00	1531,08	1034,00	1474,55	4087,63
21	VIEILLESSE	48,00	0,00	752,30	775,50	423,11	1998,91
21 11 11	- Remplacement de revenu permanent			705,80	775,50	303,77	1785,07
	- Pensions, retraites et avantages complémentaires			705,80		303,77	1009,57
21 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelle	34,00				119,34	153,34
	- Indemnités de départ et de fin de carrière					119,34	119,34

	- Indemnités de départ pour les commerçants, artisans âgés et agriculteurs	34,00					34,00
21 11 32	Autres prest. en espèces sans cond. de ress. Occasionnelles			46,50			46,50
	- Prestations extra-légales diverses (gratifications)			46,50			46,50
21 22 20	Action sociale avec cond. de ress.	10,00					10,00
	- Aide ménagère à domicile	10,00					10,00
21 22 30	Autres prestations en nature avec cond. de ress.	4,00					4,00
	- Aide à l'habitat						0,00
22	SURVIE	0,00	0,00	778,78	258,50	1051,44	2088,72
22 11 11	Remplacement de revenu permanent			254,24	258,50	96,90	609,64
	- Pensions de réversion			254,24	258,50	96,90	609,64
22 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelles			509,20		719,30	1228,50
	- Capitaux décès, prestations décès			509,20		719,30	1228,50
22 11 31	Autres prest. en espèces sans cond. de ress. occasionnelles					226,20	226,20
	- Assurance veuvage des salariés agricoles						
	- Aide aux veuves de moins de 55 ans (ARCCO)						
	- Pensions de veuves, d'orphelins, d'ascendants au titre des retraites et de l'invalidité					226,20	226,20
	- Allocations aux compagnes						0,00
22 12 22	Compensation de charges avec cond. de ress. occasionnelles			15,34		9,04	24,38
	- Frais funéraires			15,34		9,04	24,38

Tableau 6 (Suite)

3	FAMILLE	1329,50	424,80	140,49	0,00	9,04	1903,83
31	MATERNITE	0,00		31,40			31,40
31 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelle - Allocations de remplacement - Allocation de naissance						
32	FAMILLE	1329,50	424,80	109,09	0,00	9,04	1872,43
32 11 21	Compensation de charges sans cond. de ress. Périodique - Supplément familial de traitement - Garde d'enfants (prestations extra-légales)	860,87	380,30			9,04	1250,21
		400,00	380,30			9,04	789,34
		461,00					461,00
32 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelle - Prestations diverses	88,00	8,80	13,34			110,14
		88,00	8,80	13,34			110,14
32 12 21	Compensation de charges avec cond. de ress. périodique - Bourses d'études - Aide sociale à l'enfance						
32 22 20	Action sociale avec cond. de ress. - Aide ménagère à domicile - Aide aux vacances - Prestations extra - légales des caisses de SS	380,63	35,70	95,75			512,08
		86,00	26,00				112,00
		160,00					160,00
		134,00	9,70	95,75			239,45
4	EMPLOI	3960,06	106,5	0	0	0	4066,56
42	CHOMAGE	3960,06	106,5	0	0	0	4066,56
42 11 12	Remplacement de revenu occasionnel - Indemnités de licenciement et de préavis non effectués versés par les entreprises - Indemnités de perte d'emploi - Prestations extra-légales diverses - Aide sociale aux chômeurs	3067,93	97,3				3165,23
		3067,93		97,3			3067,93
							97,30
42 11 13	Remplacement de revenu temporaire - Préretraites -Indem. de chômage partiel versées par les entreprises	892,13	9,2				901,33
		696,13	9,2				705,33
		196					196,00

Tableau 6 (fin)

	TOTAL	6758,21	686,40	9480,40	1034,00	5578,97	23537,98
	Prestations en Espèces	6209,83	620,3	2075,45	1034	3082,9	13022,48
	Prestations en Nature	547,84	66,1	7404,93		2497,1	10515,97
	dont remboursement de frais	124,42	30,4	7309,18		2497,1	9961,10
	autres prestations en nature	423,42	35,7	95,75			

Tableau 7 : Prestations de protection sociale complémentaire versées, année 2004

	Année 2004 base 2000, millions d'€	2006 Régimes d'employeurs des SNF	2007 Régimes d'employeurs des SF	3001 Groupements mutualistes	3002 Institutions de retraite supplémentaire	3003 Institutions de prévoyance	Total prestations
1	SANTE	1515,03	174,30	9933,18	0,00	6105,91	17728,42
11	MALADIE	1334,51	142,80	9693,92	0,00	4789,68	15960,92
11 11 13	Remplacement de revenu temporaire	1251,71	141,10	396,34		1147,16	2936,31
	Indemnités Journalières	1251,71	141,10	396,34		1147,16	2936,31
11 21 10	Soins de santé	82,80	1,70	9297,58		3642,52	13024,60
	dont pharmacie	82,80	1,70	3033,97		801,14	3919,60

12	INVALIDITE	38,11	0,00	228,71	0,00	1269,77	1536,58
12 11 11	Remplacement de revenu permanent			176,58		1269,77	1446,35
	Rente invalidité			176,58		1269,77	1446,35
12 11 31	Allocation aux handicapés			18,97			18,97
12 11 32	Prestations diverses			33,16			33,16
12 21 20	Action sociale sans cond. de ress.	38,11					38,11
	- Prestations de nature médico-sociale correspondant à l'hébergement des handicapés						0,00
	- Frais d'hébergement et aide sociale aux handicapés						0,00
	- Centre d'aide par le travail (frais de placement)						0,00
	- Prest. extra-légales diverses des caisses de séc. soc. et frais divers (Collec. locales, Etat)	38,11					38,11
13	ACCIDENTS DU TRAVAIL	142,42	31,50	10,55		46,45	230,92
	Indemnités journalières	142,42	31,50	10,55		46,45	230,92
2	VIEILLESSE-SURVIE	55,00	0,00	1947,55	1197,29	2120,05	5319,90
21	VIEILLESSE	55,00	0,00	956,93	897,97	605,59	2515,49
21 11 11	- Remplacement de revenu permanent			897,83	897,97	435,42	
	- Pensions, retraites et avantages complémentaires			897,83		435,42	
21 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelle	37,05				170,16	
	- Indemnités de départ et de fin de carrière					170,16	
	- Indemnités de départ pour les commerçants, artisans âgés et agriculteurs	37,05					
21 11 32	Autres prest. en espèces sans cond. de ress. Occasionnelles			59,11			
	- Prestations extra-légales diverses (gratifications)			59,11			
21 22 20	Action sociale avec cond. de ress.	18,00					
	- Aide ménagère à domicile	18,00					
21 22 30	Autres prestations en nature avec cond. de ress.						
	- Aide à l'habitat						

Tableau 7 (suite)

22	SURVIE	0,00	0,00	990,62	299,32	1514,47	2804,41
22 11 11	Remplacement de revenu permanent - Pensions de réversion			323,40 323,40	299,32 299,32	136,94 136,94	
22 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelles - Capitaux décès, prestations décès			647,70 647,70		1015,97 1015,97	
22 11 31	Autres prest. en espèces sans cond. de ress. occasionnelles - Assurance veuvage des salariés agricoles - Aide aux veuves de moins de 55 ans (ARCCO) - Pensions de veuves, d'orphelins, d'ascendants au titre des retraites et de l'invalidité - Allocations aux compagnes					319,52	
22 12 22	Compensation de charges avec cond. de ress. occasionnelles - Frais funéraires			19,52 19,52		42,04 42,04	
3	FAMILLE	1500,51	414,20	178,70	0,00	42,04	2135,45
31	MATERNITE	0,00	0,00	39,93	0,00	0,00	
31 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelle - Allocations de remplacement - Allocation de naissance			39,93 39,93			

Tableau 7 (fin)

32	FAMILLE	1500,51	414,20	138,77	0,00	42,04	2095,52
32 11 21	Compensation de charges sans cond. de ress. Périodique	1047,83	370,60	0,00	0,00	0,00	
	- Supplément familial de traitement	618,83	370,60				
	- Garde d'enfants (prestations extra-légales)	429,00					
32 11 22	Compensation de charges sans cond. de ress. occasionnelle	87,86	10,70	16,97			
	- Prestations diverses	87,86	10,70	16,97			
32 12 21	- Compensation de charges avec cond. de ress. périodique	0	0	0	0	42,04	
	- Bourses d'études					42,04	
	- Aide sociale à l'enfance						
32 22 20	Action sociale avec cond. de ress.	364,82	32,90	121,80			
	- Aide ménagère à domicile	80,00					
	- Aide aux vacances	163,82	20,30				
	- Prestations extra - légales des caisses de SS	121,00	12,60	121,80			
4	EMPLOI	4341,82	187,4	0	0	0	
42	CHOMAGE	4341,82	187,4	0	0	0	4529,22
42 11 12	Remplacement de revenu occasionnel	3363,8	177,2				
	- Indemnités de licenciement et de préavis non effectués versés par les entreprises	3363,8					
	- Indemnités de perte d'emploi		177,2				
	- Prestations extra-légales diverses						
	- Aide sociale aux chômeurs						
42 11 13	Remplacement de revenu temporaire	978,02	10,2				
	- Préretraites	763,15	10,2				
	- Indemnités de chômage partiel versées par les entreprises	214,87					
	TOTAL	7412,36	775,90	12059,44	1197,29	8268,00	29712,99
	Prestations en Espèces	6908,678	741,3	2640,06		4 625,48 €	
	Prestations en Nature	503,536	34,6	9419,38		3 642,52 €	
	dont remboursement de frais	82,799	1,7	9297,58		3 642,52 €	
	autres prestations en nature	420,737	32,9	121,80		0,00 €	

2.3. Commentaires sur l'assurance sociale

La protection sociale complémentaire mesurée dans le cadre de l'activité d'assurances sociales représentait en 2004 un total de 29,7 milliards d'€ de prestations versées, soit 6,2% du total des prestations sociales versées à la même date (480,4 milliards d'€). Sans surprise, ce sont les groupements mutualistes qui versent la plupart des prestations (12 milliards € soit 40,5% du total) suivis par les institutions de prévoyance (8,3 milliards d'€ soit 27,8% des prestations) puis par les régimes d'employeurs des sociétés non financières (7,4 milliards soit 24,9% du total des prestations). Les prestations en espèces représentaient 54,2% du total et les prestations en nature 45,8 %.

Le rythme de croissance de ces prestations a été *particulièrement dynamique sur les deux premières années* d'observation (avec un taux de croissance en valeur de +8,1% entre 2000 et 2001 et de +8,6 % entre 2001 et 2002). Ce dynamisme des deux premières années ne se retrouve pas de manière aussi marquée dans la protection sociale totale avec des taux de croissance de 4,2% pour 2000-01 et de 6,1% pour 2001-2002. Cette croissance rapide de la protection sociale complémentaire s'est ensuite fortement ralentie sur la période suivante (+3,5% entre 2002 et 2003 et +3,8% entre 2003 et 2004). Pour les mêmes années, l'ensemble de la protection sociale est plus dynamique avec 4,8% et 4,3%.

Sur l'ensemble de la période, les prestations de protection sociale complémentaire ont donc crû de 26,1%, soit un taux de croissance annuel moyen de 5,9% ce qui est plus dynamique que les prestations de protection sociale totale qui elles ont crû de 20,9% sur la période (TCAM de 4,85%). La croissance des prestations de protection sociale complémentaire en espèces (+23,7%) a été moins dynamique que celle des prestations en nature (+29,5%).

Une analyse plus fine par risque est présentée dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 : Structure et taux de croissance des prestations de protection sociale complémentaire et totale.

	Protection sociale complémentaire			Protection sociale totale		
	Part dans le total des Prestations 2000	Part dans le total des Prestations 2004	Taux de croissance 2000-2004	Part dans le total des Prestations 2000	Part dans le total des Prestations 2004	Taux de croissance 2000-2004
Santé	57,3%	59,7%	31,5%	33,0%	34,7%	27,3%
- Maladie	52%	53,7%	30,05%	83,4%	84%	28,3%
- Invalidité	4,3%	5,2%	51,1%	11,7%	11%	19,7%
- Accident du travail	0,8%	0,8%	20,8%	4,9%	5%	27,8%
Vieillesse-Survie	17,4%	17,9%	30,1%	44,7%	43,5%	17,8%
- Vieillesse	8,5%	8,5%	25,8%	86,7%	84,6%	15,1%
- Survie	8,9%	9,4%	34,3%	13,4%	15,4%	35,6%
Famille	8,1%	7,2%	12%	10,2%	9,4%	11,3%
- Maternité	0,1%	0,1%	12%	12,5%	12,6%	12,8%
- Famille	8%	7,1%	12%	87,5%	87,4%	11,1%
Emploi	17,3%	15,2%	11,3%	7,2%	7,8%	30,7%
- (ré)insertion professionnelle	-	-	-	10%	5,9%	-22,2%
- chômage	17,3%	15,2%	11,3%	90%	94,1%	36,6%
- logement	-	-	-	3,2%	2,9%	10,3%
- pauvreté-exclusion sociale	-	-	-	1,6%	1,6%	16,7%

Source : Comptes de la protection sociale et extraction de la base DREES.

La structure des risques couverts par la Protection sociale complémentaire est différente de celle couverte par la protection sociale totale.

Avec près de 60% (17,8 milliards d'€) des prestations en 2004, *la santé* représente de loin la part la plus importante des risques couverts par la protection sociale complémentaire alors qu'elle ne concerne que 34,7% des risques couverts dans la protection sociale en général. C'est donc le risque maladie qui contribue le plus au versement de prestations de protection sociale complémentaire, il est aussi dynamique dans sa croissance avec plus de 31,5% d'augmentation sur la période. En 2004, les groupements mutualistes ont versé 60,7% du total des prestations maladie. Ces prestations sont le plus souvent en nature qui correspond au remboursement des soins ; les indemnités journalières apparaissent plus marginales dans « l'activité santé » des groupements mutualistes alors qu'elles constituent la principale « activité santé » des régimes d'employeurs.

La vieillesse-survie est le deuxième poste mais ne représente que 17,9% (5,3 milliards d'€) du total des prestations versées en 2004, ce qui est beaucoup plus faible que la part du risque vieillesse-survie dans les régimes obligatoires (qui représente plus de 43,5 % du total des prestations). La croissance de ces prestations est dynamique sur la période avec une augmentation de 30,1% (dont +25,8% pour la vieillesse +34,3% pour la survie) ce qui est 1,7 fois plus élevé que la croissance des prestations vieillesse survie dans le total des prestations sociales (+17,8%). Le risque vieillesse représente un peu moins de la moitié des prestations de protection complémentaires versées (2,5 milliards d'€) ; il s'agit principalement (2,2 milliards

d'€) de pensions, retraites et avantages complémentaires. Les institutions de retraite supplémentaires et les groupements mutualistes versent chacun 41 % de ces prestations, les institutions de prévoyance 19%. La survie représente 53% des prestations (2,8 milliards d'€), l'essentiel des prestations est constitué par des capitaux ou prestations décès (1,6 milliards), viennent ensuite les pensions de réversion (759 millions d'€) puis de 319 millions d'€ de Pensions de veuves, d'orphelins, d'ascendants au titre des retraites et de l'invalidité.

L'emploi représente le troisième poste d'intervention des régimes de la protection sociale complémentaire (15,2% soit 4,5 milliards d'€) contre 7,8% des prestations pour le total et prend la forme de prestations de chômage. Leur croissance est nettement moins dynamique (+11,3%) que les prestations d'emploi totales (+30,7%) Ce sont en fait les régimes d'employeurs qui versent ces prestations (essentiellement les SNF) qui prennent la forme d'indemnités de licenciement (3,3 milliards d'€) de préretraites (763 millions d'€) et d'indemnités de chômage partiel (214,9 millions d'€).

Enfin, le risque *famille* (7,2% soit 2 milliards d'€) est également le domaine d'intervention des régimes d'employeurs. Ce risque donc occupe une part moins importante que dans l'ensemble de la protection sociale où il représente 9,4%. Concernant la nature des prestations versées, il s'agit de supplément familial de salaire (988 millions d'€), d'allocations de garde d'enfants (429 millions d'€) et d'actions sociales (157 millions d'€).

Au total, sur l'ensemble de la période étudiée ici, il apparaît que les prestations d'assurance sociale complémentaire ont une structure différente de la protection sociale en général. La santé occupe une place nettement prépondérante devant les prestations de vieillesse survie puis l'emploi puis la famille. Par ailleurs, le rythme de croissance de ces prestations apparaissait plus dynamique que l'ensemble des prestations sur les années 2000-2002 que dans les années suivantes.

2.4. L'activité de protection sociale des entreprises d'assurance

Les données présentées précédemment ont été complétées, pour les entreprises d'assurance, par la source FFSA.

2.4.1. Nomenclature

Pour la FFSA, les *assurances de dommages corporels*, relevant des assurances de personnes, se subdivisent en deux types d'assurances qui correspondent chacun à un agrément du Code des assurances : *l'assurance maladie* qui est affectée de l'agrément 2 « maladie » et les assurances contre *les accidents corporels* dotés de l'agrément 1 « accident ». Ces assurances permettent de protéger les individus contre les risques liés au décès accidentel, à la maladie, à l'accident ou à la dépendance. Ne sont pas inclus dans ce champ les risques d'accident liés à l'automobile lorsqu'ils relèvent de la responsabilité automobile, ainsi que les contrats de perte d'emplois lorsqu'ils sont comptabilisés en pertes pécuniaires.

– *L'assurance maladie* comprend les remboursements de frais de soins et biens médicaux et le versement d'indemnités qui compensent les pertes de revenu liées à un arrêt de travail, d'une mise en invalidité ou qui aident à prendre en charge la dépendance.

– Les contrats contre les *accidents corporels* couvrent :

Les accidents survenus au cours de la vie privée, de la vie scolaire ou d'activités telles que la pratique de certains sports. Dans cette catégorie on trouve les contrats « garantie des accidents de la vie ».

Les accidents du travail de certaines personnes non couvertes par la Sécurité Sociale (personnel des collectivités locales et professions libérales).

Les prestations complémentaires d'accidents du travail, de la vie privée et des maladies professionnelles des exploitants agricoles. Les garanties de base ont en effet été transférées à la Sécurité Sociale au 1^{er} Avril 2002 avec libre choix de l'organisme gestionnaire (MSA ou groupement d'assureurs).

Ces assurances font l'objet soit de contrats spécifiques (assurances individuelles contre les accidents, contrats complémentaires santé ou hospitalisation, assurance dépendance, garantie des accidents de la vie) soit de garanties (incapacité, invalidité) annexés aux contrats d'assurance vie. Ils proposent des garanties qui permettent le remboursement des frais de soins et de biens médicaux et/ou le versement d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Les « contrats à adhésion individuelle » regroupent les contrats souscrits à titre individuel directement auprès d'une entreprise d'assurance ou par l'intermédiaire d'une association ou d'un groupement constitué pour les besoins de l'assurance (hors entreprise). Les « contrats collectifs » sont souscrits dans le cadre de l'entreprise ou à l'occasion d'un emprunt.

– *Les contrats d'assurance retraite* ont pour objet de garantir, à partir de la cessation de l'activité professionnelle, le versement d'un revenu régulier jusqu'au décès du salarié (ou de son conjoint en cas de réversion). Ces contrats sont souscrits soit par une entreprise pour l'ensemble ou une partie de ses salariés (contrats entreprises), soit par un particulier à titre individuel dans le cadre d'un groupe ouvert (contrats de particuliers).

Les « *contrats entreprises* » regroupent :

- Les contrats à Prestations définies (art. 39 du CGI) permettant de verser une rente viagère dont le mode de calcul est fixé au début du contrat par référence au dernier salaire d'activité, dès lors que le salarié est présent dans l'entreprise au moment du départ en retraite.
- Les contrats à Cotisations définies (art. 83 du CGI) permettant de garantir le versement d'une rente viagère. Le montant des cotisations est fixé à la souscription du contrat.
- Les contrats en Sursalaire (art. 82 du CGI) permettant de garantir le versement d'une rente ou d'un capital.
- Les contrats d'indemnités de fin de carrière (IFC) ; ces contrats relèvent également de l'article 39 du CGI. Ils permettent de verser un capital au moment du départ à la retraite du salarié de l'entreprise.
- Les plans d'épargne retraite entreprise (Pere) depuis 2004 ; ils permettent de garantir le versement d'une rente viagère.

Les « *contrats de particuliers* » regroupent :

- Les contrats de retraite « Madelin » (loi n°94-126 du 11 février 1994) pour les travailleurs non salariés non agricoles.
- Les contrats de retraite complémentaire (loi du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines) pour les exploitants agricoles.
- Les plans d'épargne retraite populaires (loi n°2003-775 du 21 Août 2003 portant réforme des retraites) et assimilés (PREFON, CGOS...).

Le tableau 9 ci-après fournit l'ensemble des informations sur les montants de ces contrats pour la période 1995-2004.

2.4.2. Commentaire sur l'activité de protection sociale des entreprises d'assurance

Pour l'année 2004, le total des prestations versées par les assurances représentait un montant de 12,3 milliards d'€ ce qui représente 42% du montant total des indemnités d'assurance dommage versées par le secteur des assurances (cf. tableau 10). L'activité des assurances en matière de protection sociale complémentaire est surtout axée sur le risque maladie et accidents corporels qui représente environ 2/3 des prestations versées. A l'intérieur de ce risque les soins de santé et l'incapacité-invalidité occupent une part égale. Ce partage est comparable à celui des autres acteurs de la protection sociale complémentaire.

L'ensemble des prestations a connu un rythme d'augmentation élevé au cours des quatre dernières années avec une progression de 27,6 % soit un TCAM de 6,3% par an. Cette progression est surtout marquée à partir de 2002 avec 16,8% d'augmentation sur la période 2002-2004. Ce sont les prestations d'assurance retraite qui se sont révélées particulièrement dynamique, avec un taux d'augmentation de 78% entre 2000 et 2004 ce qui est beaucoup plus dynamique que pour les autres acteurs de la protection sociale complémentaire qui avait un taux de croissance de 30,1%. Les prestations de maladie et accidents corporels augmentent sur la période 2000-2004 de 25,8%, ce qui est moins dynamique que le reste des acteurs de la protection sociale complémentaire (cf. 31,5% dans le tableau 8).

Tableau 10: Montant des indemnités d'assurance dommages versées pour les entreprises d'assurances (S125)

En Milliards d'€ courants	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Indemnités d'assurance dommages (secteur S125)	27,1	25,1	25,1	25,6	25,8	25,4	28,4	29,1	29,8	29,3
Base 100 (1995)	100	92,6	92,6	94,4	95,2	98,5	104,7	107,2	109,9	108

Tableau 9 : Cotisations et Prestations d'assurance de Personnes des Sociétés d'Assurance

En Millions d'€ Courants	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
COTISATIONS										
Maladie et Accidents Corporels	8 366	8 566	8 782	8 973	9 030	9 340	9 563	10 143	11 165	12 437
- Soins de santé	4 058	4 175	4 131	4 157	4 208	4 355	4 424	4 651	5 388	6 203
* Dont contrats individuels	2 178	2 317	2 349	2 386	2 517	2 660	2 718	2 865	3 250	3 671
* Dont contrats collectifs	1 880	1 857	1 781	1 771	1 691	1 695	1 706	1 787	2 138	2 533
-Incapacité-invalidité	4 308	4 391	4 661	4 816	4 822	4 985	5 139	5 492	5 777	6 234
* Dont contrats individuels	1 606	1 635	1 694	1 770	1 824	1 892	2 030	2 183	2 372	2 607
* Dont contrats collectifs						1 793	1 709	1 908	1 905	2 026
* Dont contrats emprunteurs	2 701	2 756	2 968	3 046	2 998	1 300	1 400	1 400	1 500	1 600
Assurance Retraite	2 131	2 349	4 731	3 764	5 149	6 389	6 322	5 944	7 427	7 997
* Dont entreprises	1 585	1 829	4 131	2 856	4 070	5 044	4 816	4 160	5 333	5 193
° Prestations définies (art. 39 du CGI)		473	2 210	1 021	1 814	3 008	2 545	1 935	2 594	2 653
° Sursalaire (art. 82 du CGI)		122	122	183	183	135	176	215	187	185
° Cotisations définies (art. 83 du CGI)		899	930	1 006	1 250	1 350	1 434	1 488	1 419	1 472
° I.F.C.		335	869	656	823	551	661	522	1 060	847
° Autres contrats		-	-	-	-	-	-	-	73	36
* Dont particuliers	546	520	600	898	1 079	1 345	1 506	1 784	2 094	2 804
PRESTATIONS										
Maladie et Accidents Corporels	5 917	6 221	6 122	6 203	6 083	6 538	6 630	7 142	7 738	8 344
- Soins de santé	3 537	3 360	3 151	3 240	3 201	3 165	3 291	3 616	3 949	4 415
* Dont contrats individuels	1 407	1 460	1 523	1 637	1 723	1 725	1 781	1 973	2 156	2 343
* Dont contrats collectifs	2 131	1 900	1 628	1 602	1 479	1 440	1 510	1 644	1 793	2 072
-Incapacité-invalidité	2 380	2 861	2 971	2 963	2 882	3 373	3 339	3 526	3 789	3 929
* Dont contrats individuels	781	769	853	865	872	860	888	956	1 018	1 034
* Dont contrats collectifs										
* Dont contrats emprunteurs	1 600	2 092	2 118	2 098	2 010	2 513	2 452	2 569	2 771	2 895

Tableau 9 (suite) Cotisations et Prestations d'assurance de Personnes des Sociétés d'Assurance

(....suite du tableau)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Assurance Retraite	1356	1546	1607	1669	1924	2206	2490	3007	3471	3930
* Dont entreprises	1 128	1 296	1 326	1 363	1 565	1 819	2 064	2 551	2 856	3 253
°Prestations définies (art. 39 du CGI)		n.d.	n.d.	334	471	672	858	1269	1597	1574
°Sursalaire (art. 82 du CGI)		n.d.	n.d.	125	112	106	106	112	118	143
°Cotisations définies (art. 83 du CGI)		n.d.	n.d.	532	690	746	796	843	752	870
°I.F.C.		n.d.	n.d.	372	292	295	304	327	339	603
°Autres contrats		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	50	63
* Dont Particuliers	228	250	281	306	359	387	426	456	615	677
Charges des prestations										
- Sur Maladie et Accidents corporels										
Frais	381	360	409	436	457	463	511	537	544	560
Participation aux excédents	-87	-131	-176	-100	-194	-201	-197	-218	-75	-100
Dotations aux provisions	553	402	560	727	828	667	529	639	823	900

Source : Données extraites des documents suivants : a) FFSA : Les assurances maladie et accidents corporels en 2004. Etude de marché, Octobre 2005. b) Les contrats d'assurance retraite en 2004. Ce tableau de synthèse a été reconstitué par l'auteur de la présente synthèse à partir de ces différentes sources

2.5. Une vision d'ensemble de la protection sociale complémentaire d'entreprise en France

2.5.1. Ventilation de la protection sociale complémentaire entre contrats collectifs et individuels en matière d'assurance sociale

Il n'est pas possible de distinguer les prestations qui relèvent de contrats individuels de celles qui relèvent de contrats d'entreprise à partir des comptes de la protection sociale.

Afin d'évaluer la part de la protection sociale complémentaire qui concerne la protection sociale d'entreprise, nous avons cherché à estimer la part de ces contrats dans le total des prestations versées par chaque type d'organismes.

Les régimes d'employeurs et les contrats proposés par les Institutions de Retraite Supplémentaire sont par définition réputés être intégralement des contrats collectifs ; ils entrent donc pour la totalité des sommes versées dans le champ de la protection sociale complémentaire d'entreprise.

Pour les entreprises d'assurance, les données de la FFSA fournissent la répartition et le détail de la ventilation de leurs prestations entre contrats collectifs et contrats individuels. Toutefois, pour les prestations d'incapacité-invalidité, il n'est pas possible de distinguer les contrats collectifs des contrats emprunteurs. Ces derniers ne relèvent pas de la protection sociale d'entreprise. Afin de ne pas surestimer le montant de la protection sociale collective, nous avons choisi d'estimer le montant des prestations liées à des contrats emprunteurs en affectant à ces contrats, une part identique à celle observée pour les cotisations. Ainsi par exemple pour 2004, les cotisations des contrats collectifs de 2 026 millions d'€, ce qui représentait 55,8 % du total de 3 626 millions d'€ de cotisations emprunteurs et contrats collectifs. Cette ventilation n'est sans doute pas exacte dans la mesure où il n'y a pas forcément une stricte proportionnalité entre le montant des cotisations et le montant des prestations versées.

Le tableau ci-dessous présente par risque le partage entre contrats collectifs et contrats individuels par type de risque en 2000 et 2004 pour les entreprises d'assurance.

Tableau 11 : Répartition contrats collectifs et contrats individuels dans le cadre des prestations versées par les entreprises d'assurance.

	Pourcentage de contrats collectifs en 2000	Pourcentage de contrats collectifs en 2004
Soins de santé	45,5%	46,9 %
Incapacité-Invalidité	36 %	32,5%
Assurance Retraite	82,3%	82,7%

Pour les Institutions de Prévoyance, une estimation détaillée avait été effectuée par la DREES en 2001 par type de risque couvert. Ne disposant pas de données plus récentes, nous avons choisi d'appliquer ce partage à l'ensemble des données de 2000 à 2004.

Tableau 12 : Répartition des prestations des Institutions de Prévoyance entre contrats collectifs et contrats individuels.

	Montant prestations en 2001	Pourcentage contrats collectifs
Frais de santé	3087,3	81,8%
Incapacité-Invalidité	1680,2	99,8%
Dépendance	2,0	65%
Indemnités et primes de fin de carrière	111,0	100%
Retraite	333,9	100%
Décès	1116,5	99,2%

Source : Roussel P., Les institutions de prévoyance en France : un panorama économique en 2001, DREES, n° 329, juillet 2004 (à partir de données CCAMIP).

Nous avons donc choisi d'affecter un taux de contrats collectifs pour 82% en santé et 100% pour les autres risques.

Les informations dont on dispose dans le domaine des *mutuelles* sont des estimations et se limitent au risque santé ; ainsi la DREES¹⁴⁴ dans le cadre de son enquête réalisées sur l'année 2002 et portant sur 96 mutuelles qui regroupent 58% des cotisations du secteur, il apparaît que les contrats individuels en santé sont prépondérants et que les contrats collectifs ne représenteraient que 25% des prestations versées. Nous ne disposons pas de clé de répartition concernant les autres prestations. Cependant, les prestations santé représentant 82% du total des prestations versées par les groupements mutualistes, et les contrats souscrits étant souvent multi-prestations, nous avons choisi d'appliquer le même taux de répartition (25% des prestations versées sous forme de contrats collectifs) aux prestations des groupements mutualistes hors santé.

2.5.2. Les prestations de protection sociale complémentaire versées à l'occasion de contrats individuels ou collectifs.

Compte tenu des hypothèses, les tableaux suivants présentent une évaluation des prestations de protection sociale complémentaire d'entreprise en France, par risque et par financeur.

¹⁴⁴ MARTIN-HOUSSART G., RATTIER MO, RAYNAUD D., Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance complémentaire, DREES, Etudes et Résultats, n°402, mai 2005.

Tableau 13 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat

Année 2000	2006 Régimes d'empl. des SNF	2007 Régimes d'empl. des SF	3001 Group ^{ts} mutualistes (estim.)	3002 IRS	3003 IP (estim.)	S1251 assurance vie/non vie (estim.)	Total
Soins de santé	1 421	155	7 621	-	3 257	3 165	15 619
Incapacité-Invalidité	154	28	188	-	837	3 373	4 580
Vieillesse-Retraite	48	-	1 531	1034	1 474	2 206	6 293
Famille	1 329	425	140	-	9	-	1 903
Emploi	3 960	106	-	-	-	-	4 066
Total	6 912	714	9 480	1 034	5 577	8 744	32 461

Tableau 14 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat

Année 2004	2006 Régimes d'empl. des SNF	2007 Régimes d'empl. des SF	3001 Group ^{ts} mutualistes (estim.)	3002 IRS	3003 IP (estim.)	S1251 assurance vie/non vie (estim.)	Total
Soins de santé	1 515	174	9 693	-	4 789	4 415	20 586
Incapacité-Invalidité	180	31	239	-	1 316	3 929	5 695
Vieillesse-Retraite	55	-	1947	1197	2 120	3 930	9 249
Famille	1 500	414	179	-	42	-	2 135
Emploi	4 342	187	-	-	-	-	4 529
Total	7 592	806	12 058	1 197	8 266	12 274	42 194

Les tableaux 13 et 14 montrent l'importance macro-économique des prestations versées par les institutions qui couvrent les prestations sociales complémentaires. Au total ce sont 32,5 milliards en 2000 et 42,2 milliards en 2004 qui ont été versé au titre de la PSC. Cette activité est très dynamique puisque sa croissance a été de 30% sur la période. Au total le risque santé représente 48,8% des prestations versées. Vient ensuite le risque vieillesse-retraite avec 21,9% des prestations puis le risque Incapacité-Invalidité avec 13,5% des prestations. Le risque qui a connu la plus forte augmentation sur la période d'observation est le risque vieillesse-retraite avec 47% d'augmentation des prestations, puis le risque santé avec 31,8%, le risque incapacité invalidité avec 24,3%. Les risques emploi et famille n'ont connu quant à eux que des augmentations de moins de 12%.

En 2004, les entreprises d'assurance versaient 29,1% des prestations, les groupements mutualistes 28,6%, les institutions de prévoyance 19,6%, les régimes d'employeurs des Sociétés Non Financières 18%, les institutions de retraite supplémentaire 2,8%, les régimes d'employeurs 1,9%. Le domaine d'intervention de chacun des acteurs est cependant très différent. Alors que les régimes d'employeurs interviennent massivement sur l'emploi (54% des prestations versées) et la famille (22,8% des prestations versées), les groupements mutualistes se concentrent sur le risque santé (80,4% des prestations versées) ; pour les institutions de

prévoyance l'activité reste concentrée sur le risque santé (58% des prestations) mais l'incapacité-invalidité et la vieillesse retraite occupent une part significative avec respectivement 16% et 25,6%. L'activité des entreprises d'assurance est quant à elle relativement équilibrée avec 36% pour les soins de santé, 32% pour l'Incapacité-Invalidité, 32% pour la vieillesse-retraite. Il est à noter que cette dernière activité représente une part de plus en plus importante de leur activité puisqu'elle ne représentait que 25,3% de leur activité en 2000.

Conclusion : Une estimation de l'importance macro-économique de la protection sociale complémentaire d'entreprise en 2000 et en 2004.

Les tableaux 15 et 16 consolident les informations obtenues sur la protection sociale complémentaire. Les données ne concernent que les prestations de protection sociale complémentaire fournies dans le cadre de contrats collectifs pour les années 2000 et 2004 (estimations effectuées à partir des hypothèses citées plus haut).

Tableau 15 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat

Année 2000	2006 Régimes d'empl. des SNF	2007 Régimes d'empl. des SF	3001 Group ^{ts} mutualistes (estim.)	3002 IRS	3003 IP (estim.)	S1251 assurance vie/non vie (estim)	Total
Soins de santé	1 421	155	1 952	-	3 358	1 440	8 326
Incapacité-Invalidité	154	28	47	-	838	1 457	2 524
Vieillesse-Retraite	48	-	383	1 034	1 474	1 819	4 758
Famille	1329	425	35	-	9	-	1 798
Emploi	3 960	106	-	-	-	-	4 067
Total	6 912	714	2 417	1 034	5 679	4 716	21 473

Tableau 16 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat

Année 2004	2006 Régimes d'empl. des SNF	2007 Régimes d'empl. des SF	3001 Group ^{ts} mutualistes (estim.)	3002 IRS	3003 IP (estim.)	S1251 assurance vie/non vie (estim)	Total
Soins de santé	1 515	155	2 483	-	5 006	2 072	11 231
Incapacité-Invalidité	180	28	60	-	1 316	1 615	3 199
Vieillesse-Retraite	55	-	487	1 034	2 120	3 253	6 949
Famille	1 500	425	45	-	42	-	2 012
Emploi	4 352	106	-	-	-	-	4 448
Total	7 592	714	3 075	1 034	8 484	6 940	27 839

Les prestations versées dans le cadre de la protection sociale complémentaire concernaient pour 66% des contrats collectifs. Ces derniers représentaient 21,4 milliards de prestations versées en 2001 et 27,8 milliards de prestations versées en 2004. Leur taux de croissance est de 29,6% sur la période, ce qui est comparable au taux de croissance de l'ensemble des contrats.

Les soins de santé représentaient en 2004 40,3% des prestations versées dans le cadre de ces contrats collectifs, les prestations vieillesse-retraite 25%, l'emploi 16%, l'invalidité-incapacité 11,5%, la famille 7,2%.

Les institutions de prévoyance et les régimes d'employeurs des SNF sont les acteurs principaux de la PSC collective avec respectivement 30,5% et 27,7% des prestations versées, les entreprises d'assurance arrivent en troisième position avec 25% des prestations suivies par les groupements mutualistes avec 11%.

CHAPITRE 3

Protection sociale complémentaire : des marchés en mutation

Tous les acteurs du marché de la protection sociale complémentaire sont des personnes morales de droit privé. Mais elles peuvent être à but lucratif (cas des sociétés relevant du Code des assurances) ou à but non lucratif. Les mutuelles et les instituts de prévoyance relèvent de cette dernière catégorie mais ces deux familles d'opérateurs ont des particularités statutaires : les institutions de prévoyance (régies par le Code de la Sécurité sociale) sont administrées paritairement par les employeurs et les salariés ; les mutuelles quant à elles, y compris les mutuelles d'entreprise, relèvent du Code de la Mutualité et, fidèles à leur racines historiques, fonctionnent selon les principes de la démocratie sociale.

La diversité statutaire des organismes complémentaires se traduit dans les types de contrats qu'ils gèrent. Les organismes mutualistes qui ont organisé historiquement leur activité autour de l'assurance santé, en gardant une relation de proximité avec leurs adhérents ont privilégié la couverture individuelle. Les institutions de prévoyance, nées dans le giron de la gestion paritaire de la prévoyance et des retraites d'entreprise, ont eu jusqu'en 1989 le monopole de la mise en œuvre des accords collectifs de protection sociale complémentaire, ce qui leur confère une position privilégiée dans la prévoyance lourde (incapacité, invalidité et décès) collective ; à l'inverse, l'activité individuelle, née marginalement à partir de 1989 et étendue en 1994, reste très limitée. Les sociétés d'assurance, qui ont été concernées jusqu'au 1^{er} octobre 2001 par une taxe les touchant spécifiquement en santé, en contrepartie d'un avantage fiscal en retraite, disposent d'un portefeuille significatif en prévoyance lourde et retraite ; la répartition entre contrats collectifs et individuels y est plus équilibrée.

Ces organismes exercent leur activité d'assurance complémentaire dans un cadre qui, comme on l'a vu précédemment,¹⁴⁵ a fortement convergé à la faveur de quelques grandes étapes principales : loi Évin de 1989, transposition des directives européennes en matière d'assurance, puis lois de 2003 et 2004, portant réformes successivement des retraites et de l'assurance maladie. Pour autant, si ces trois opérateurs de l'assurance complémentaire exercent leur activité dans un cadre réglementaire qui tend vers l'harmonisation, celui-ci n'est pas encore complètement stabilisé. C'est dans cet environnement institutionnel très évolutif qu'ont été engagées un certain nombre de transformations qui affectent les structures du marché de la protection complémentaire en entreprise. Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à ces évolutions, selon une approche d'économie industrielle qui nous amènera dans un premier temps à caractériser le marché de la protection complémentaire en entreprise. La *section 1* sera consacrée à la présentation et à la description des opérateurs en compétition, leur hétérogénéité, leur degré de spécialisation et d'intégration. La *section 2* esquissera quant à elle l'analyse des modalités et de l'intensité de la concurrence et des comportements stratégiques des acteurs sur le segment spécifique de l'assurance complémentaire santé.

¹⁴⁵ Cf. *supra*, chapitre 1

Section 1. Quantification et structuration du marché de la protection sociale complémentaire collective.

1.1 Opérateurs et marchés

1.1.1 Les Institutions de prévoyance : la prévoyance collective paritaire

a) Statut

Souvent émanations des institutions de retraite complémentaire, créées dans le sillage des ordonnances de 1945, les institutions de prévoyance (dorénavant IP) opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés, dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles. Elles se différencient des autres opérateurs par leur gestion paritaire. Elles sont créées par accord entre les partenaires sociaux et gérées par les représentants des employeurs et des salariés. Administrateurs des institutions, ceux-ci veillent directement à la mise en œuvre et à la gestion des garanties de prévoyance au bénéfice des entreprises adhérentes et de leurs salariés. Au nombre total de 60 en 2006, les IP sont de trois types : professionnelles, interprofessionnelles ou d'entreprise.

- Les institutions professionnelles sont constituées par la voie d'une convention ou d'un accord collectif ; leur champ d'intervention s'étend soit à une branche, soit à une profession, soit à une catégorie professionnelle. On compte 19 IP de ce type.
- Les institutions interprofessionnelles ont un champ d'intervention élargi à plusieurs branches, professions ou entreprises ; elles sont créées par délibération des représentants des entreprises adhérentes et des représentants de leurs salariés. Elles sont au nombre de 34.
- Les institutions d'entreprise sont issues de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif, ou de la ratification par les salariés d'un projet de l'employeur : elles sont au nombre de 7. Elles ont tendance à être intégrées par les institutions interprofessionnelles.

Dans son rapport annuel de 2006, le Centre technique des institutions de prévoyance estime¹⁴⁶ à 2 millions le nombre d'entreprises adhérentes, soit une population de 12 millions de salariés (*Tableau 1*). Les 2/3 des entreprises sont adhérentes auprès d'une institution professionnelle. Ce sont majoritairement des entreprises comptant moins de 50 salariés.

¹⁴⁶ CTIP : créé en 1989, il a pour mission de représenter les institutions de prévoyance auprès des pouvoirs publics nationaux et européens. (www.ctip.asso.fr).

Tableau 1 : Champ couvert par les institutions de prévoyance en 2006

	Entreprises (millions)	Salariés (millions)
Décès	1,6	10,6
Invalidité	1,6	10,1
Incapacité	1,6	10,5
Retraite supplémentaire et IFC	0,6	2,2
Mensualisation	0,4	2,4
Frais de soins de santé	0,3	5,4
	Une même entreprise pouvant souscrire à plusieurs garanties auprès d'une même institution de, le nombre total d'entreprises peut être estimé à 2 millions	Un même salarié bénéficiant fréquemment de plusieurs garanties auprès d'une même institution, les doubles comptages sont exclus et conduisent à estimer à 12 millions le nombre de salariés couverts par les IP

Source : CTIP, rapport annuel 2006.

b) Indicateurs d'activité

En 2006, le montant total des cotisations encaissées s'élève à 10,3 milliards d'€ : 5,8 milliards pour les garanties de prévoyance et de retraite supplémentaire/IFC et 4,5 milliards pour les garanties frais de soins (Tableau 2). La progression est de +10,5% par rapport à l'exercice antérieur, elle est plus forte pour la prévoyance et la retraite que pour l'assurance santé (+5,9%). La progression très soutenue des garanties de retraite supplémentaire et des indemnités de fin de carrière (IFC) (+44,3% au total, dont +82% pour les seules IFC) s'explique par la conjonction de deux phénomènes : l'externalisation de nouveaux contrats d'IFC, d'une part, le transfert de portefeuilles d'institutions de retraite supplémentaires vers certaines IP, d'autre part.¹⁴⁷ En prévoyance lourde, certaines évolutions sont le fruit de l'augmentation des volumes : c'est le cas des garanties décès, rentes conjoint et rentes éducation (+6,8%). Parmi les garanties non-vie, les couvertures liées à l'arrêt de travail (mensualisation, incapacité de travail et invalidité) enregistrent une augmentation plus importante (+15,2%) qui provient, quant à elle, en grande partie des ajustements tarifaires liées à l'évolution des charges. En forte progression, les IFC et la retraite supplémentaire demeurent marginales dans l'activité des IP (7,1 % et 3,6 % respectivement). L'activité principale se répartit à parts quasiment égales entre les garanties frais de soins de santé (44%) et prévoyance lourde (45%).

¹⁴⁷ Rappelons que supprimées par la loi « Fillon » sur les retraites, les Institutions de Retraite Supplémentaire (IRS) devront choisir un nouveau statut d'ici 2008, soit devenir Institution de Prévoyance, soit fusionner avec une Institution agréée, soit se transformer en Institution de Gestion de Retraite Supplémentaire (IGRS) (cf. *supra*, chapitre 1).

Tableau 2 : Évolution des cotisations (opérations directes)

	COTISATIONS (millions €)			
	2003	2004	2005	2006
Décès, rentes éducation et conjoint	1750	1880	1990	2127
Indemnités fin de carrière	678	300	400	727
Retraite supplémentaire		315	364	368
sous-total "vie"	2428	2495	2754	3222
Frais de soins de santé	3817	4046	4284	4535
Mensualisation	1812	331	329	379
Incapacité, Invalidité		1659	1928	2139
Dépendance		8	9	9
sous-total "non vie"	5629	6044	6550	7062
TOTAL	8057	8539	9304	10284

	Evolution (%)		Structure (%)		
	2005/2004	2006/2005	2004	2005	2006
Décès, rentes éducation et conjoint	5,9	6,9	22,0	21,4	20,7
Indemnités fin de carrière	33,3	81,8	3,5	4,3	7,1
Retraite supplémentaire	15,6	1,1	3,7	3,9	3,6
sous-total "vie"	10,4	17,0	29,2	29,6	31,3
Frais de soins de santé	5,9	5,9	47,4	46,0	44,1
Mensualisation	-0,6	15,2	3,9	3,5	3,7
Incapacité, Invalidité	16,2	10,9	19,4	20,7	20,8
Dépendance	12,5	0,0	0,1	0,1	0,1
sous-total "non vie"	8,4	7,8	70,8	70,4	68,7
TOTAL	9,0	10,5	100,0	100,0	100,0

Source : rapports annuels du CTIP

Pour mémoire : l'activité du secteur vie des sociétés d'assurance couvre l'ensemble des opérations dépendantes de la vie humaine.

c) Concentration

Les 5 plus grosses institutions de prévoyance réalisent plus de 50% du CA 2006. Le premier (ProBTP) à lui seul collecte le cinquième des cotisations versées aux IP (Tableau 3)

Tableau 3: Top 20 des institutions de prévoyance en 2006

Rang		Groupes paritaires	Cotisations totales 2006 (M€)	%	Variation 2006/05	Cotisations Santé 2006 (M€)	%	Variation 2006/05	Résultat 2005 (M€)	Résultat 2006 (M€)	Fonds propres 2006 (M€)	Provisions 2006 (M€)	Ratio de couverture de la marge de solvabilité
2006	2005												
1	1	ProBTP	1 869,00	18,15	10,7%	915,8	20,90	0,1	137,3	343,9	1 840,40	3 117,20	522%
2	2	AG2R-Isica	1 169,30	11,35	2,0%	560,1	12,78	0,0	23,2	23,1	664,1	5 417,60	286%
3	3	Médéric	835,7	8,11	-6,3%	344	7,85	-0,1	24,4	31	1 472,50	2 464,60	902%
4	4	Prisme	708,4	6,88	6,3%	566,3	12,92	0,1	10,9	15,2	125,9	659,5	157%
5	5	NOVALIS	686,9	6,67	7,0%	417,6	9,53	0,1	13,9	30,3	612,3	925,6	529%
6	6	Malakoff	672	6,52	12,7%	296,8	6,77	-0,1	31,2	70,7	620,6	1 687,10	545%
7	16	D&O	415,5	4,03	186,0%	51	1,16	0,1	11,8	25,4	232,2	431,7	618%
8	9	Mornay	377,3	3,66	9,6%	184,2	4,20	0,1	23,9	39,7	213,4	640,5	406%
9	7	Agrica	374,7	3,64	6,9%	81,2	1,85	0,2	29,6	64,8	274,7	1 995,30	706%
10	8	Apicil	335,4	3,26	6,9%	162,9	3,72	0,1	28	47,1	554,9	955,8	850%
11	12	IRP Auto	326,4	3,17	34,2%	NS		-	26,4	53,6	223,8	651,6	347%
12	10	Réunica-Bayard	308	2,99	3,1%	204,5	4,67	0,1	2	19,7	445	382,4	850%
13	11	Ionis	261	2,53	3,2%	111	2,53	0,0	11	19	179	732	365%
14	13	Apri	260	2,52	11,8%	140,4	3,20	0,2	3,4	6,5	74,3	339,6	303%
15	14	Audiens	254,1	2,47	30,4%	113,5	2,59	0,1	21,2	22,2	205	467	446%
16	15	Vauban-Humanis	196,3	1,91	19,3%	NC		-	3,4	6,9	87,6	230,9	341%
17	18	Ircem	150,6	1,46	16,8%	-		-	14,1	35,4	87,8	288,6	747%
18	20	Ariès	148,6	1,44	18,7%	99,3	2,27	0,0	10,5	9,3	74,8	57,5	345%
19	17	Ipeca	141,2	1,37	5,0%	92,5	2,11	0,0	7,9	10	82,4	147	482%
20	19	Prémalliance	139,8	1,36	14,6%	41,7	0,95	0,0	-27,6	-6	48,3	402,3	153%
		Total 20 I ^{ets}	9 630,20	93,50	11,0%	4 382,70	100,00	0,0	406,5	867,7	8 118,90	21 993,90	-
		Total général	10 300,00	100,00									

Source : L'argus de l'Assurance - n°7039 - 14 septembre 2007

Note : Le Top20 classe par ordre décroissant le CA total réalisé en 2006 (cotisations pour compte propre, brutes de réassurance, mais hors acceptation en réassurance) par les IP appartenant à un même groupe paritaire de protection sociale. Seuls les noms des groupes apparaissent dans le tableau. Ainsi au sein du groupe ProBTP, c'est l'IP BTP Prévoyance qui a servi de base au classement

1.1.2 Les sociétés d'assurance

a) Statut

Les sociétés d'assurance sont régies par le Code des assurances. Elles relèvent de deux catégories : les sociétés anonymes et les sociétés d'assurance à forme mutuelle. Les premières, regroupées au sein de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), relèvent du droit commun des sociétés commerciales ; elles sont contrôlées par des actionnaires et les assurés sont leurs clients. Elles doivent disposer d'un capital social minimum qui est fixé selon la branche d'activité et le transfert de portefeuille est soumis à des règles particulières (autorisation du Ministère des Finances). Les deuxièmes sont de forme non commerciale ; elles n'ont pas de capital social et chaque assuré est en même temps sociétaire. Elles sont représentées par le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA). Une des caractéristiques des sociétés d'assurance est la diversité de leurs réseaux de distribution : agents généraux et courtiers. Ce type de distribution est en forte croissance.

Le marché de l'assurance est traditionnellement segmenté en deux branches : celle de l'assurance de personnes (vie et dommages corporels) et l'assurance de dommages (biens et responsabilité). Selon cette segmentation, les opérations de prévoyance relèvent de la branche des assurances de personnes, qui elle-même peut être subdivisée en deux sous-branches (*cf. supra*, chapitre 2)

- les assurances en cas de vie qui comprennent les bons de capitalisation qui recouvrent les assurances de retraite supplémentaire
- les assurances en cas de décès et en santé-accidents (ou dommages corporels) qui correspondent à l'acception courante de la prévoyance.

Dans les deux cas, la distinction est faite entre les contrats individuels et contrats collectifs.

b) Indicateurs économiques du secteur

L'évolution entre 1997 et 2006 laisse apparaître les points suivants (*Tableau 4*) :

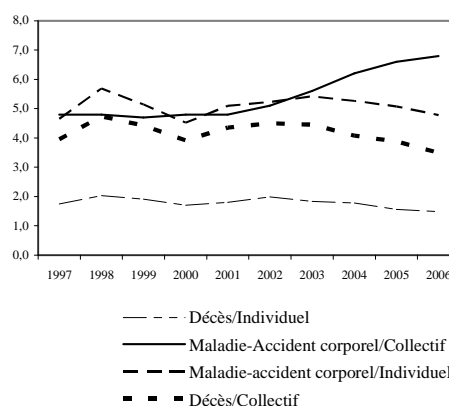
1. Le segment le plus important de l'activité des sociétés d'assurances en assurance de personne est celui de l'épargne-retraite (plus de 85% des cotisations encaissées en 2006 et un taux de croissance annuel moyen de 7% entre les deux dates, supérieur à la croissance de l'activité réalisée en prévoyance (décès et maladie-accident corporel) qui est de 6,7%.
2. En prévoyance et frais de soins, le chiffre d'affaires réalisé en 2006 (cotisations) est de l'ordre de 22 milliards d'€ (1/3 représentant les garanties décès et les 2/3 les garanties maladie-accident corporel). Depuis 2001, le rythme de progression est plus soutenu qu'en début de période (+7,3% entre 2001 et 2006 *versus* +3% entre 1997 et 2001)
3. En 2006, sur le segment prévoyance et frais de soins, le poids des contrats à adhésion collective est équivalent à celui des adhésions individuelles, mais ces derniers ont enregistré une progression plus forte (+7,1% *versus* 3,9%). Les contrats collectifs dominent en assurance décès et leur progression a été plus rapide que celle des contrats individuels.

Tableau 4 : Les affaires directes en assurances de personnes des sociétés d'assurance
(1997-2006)

COTISATIONS milliards €	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Assurances en cas de vie	67,6	57,4	66,5	81,8	76,1	76,8	83,4	94,5	108,4	127,3
adhésion individuelle	63,2	54,1	62	76,2	70,8	72,1	77,4	88,7	102,2	120,4
adhésion collective	4,4	3,3	4,5	5,65	5,3	4,7	6	5,8	6,2	6,9
Bons de capitalisation	4,7	2,5	2,9	2,9	2,7	2,5	2,2	3,9	4,9	5,5
ss-tot vie et capitalisation	72,3	59,9	69,4	84,7	78,8	79,3	85,6	98,4	113,3	132,8
Assurances en cas de décès	4,9	5	5,3	5,6	5,8	6,2	6,5	6,9	7,3	7,7
adhésion individuelle	1,5	1,5	1,6	1,7	1,7	1,9	1,9	2,1	2,1	2,3
adhésion collective	3,4	3,5	3,7	3,9	4,1	4,3	4,6	4,8	5,2	5,4
Maladie et accident corporel	8,8	9	9	9,3	9,6	10,1	11,2	12,4	13,4	14,2
adhésion individuelle	4	4,2	4,3	4,5	4,8	5	5,6	6,2	6,8	7,4
adhésion collective	4,8	4,8	4,7	4,8	4,8	5,1	5,6	6,2	6,6	6,8
Ss-tol Décès, accident, maladie	13,7	14	14,3	14,9	15,4	16,3	17,7	19,3	20,7	21,9
TOTAL	86	73,9	83,7	99,6	94,2	95,6	103,3	117,7	134	154,7

STRUCTURE (%)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Assurances en cas de vie	78,6	77,7	79,5	82,1	80,8	80,3	80,7	80,3	80,9	82,3
adhésion individuelle	73,5	73,2	74,1	76,5	75,2	75,4	74,9	75,4	76,3	77,8
adhésion collective	5,1	4,5	5,4	5,7	5,6	4,9	5,8	4,9	4,6	4,5
Bons de capitalisation	5,5	3,4	3,5	2,9	2,9	2,6	2,1	3,3	3,7	3,6
ss-tot vie et capitalisation	84,1	81,1	82,9	85,0	83,7	82,9	82,9	83,6	84,6	85,8
Assurances en cas de décès	5,7	6,8	6,3	5,6	6,2	6,5	6,3	5,9	5,4	5,0
adhésion individuelle	1,7	2,0	1,9	1,7	1,8	2,0	1,8	1,8	1,6	1,5
adhésion collective	4,0	4,7	4,4	3,9	4,4	4,5	4,5	4,1	3,9	3,5
Maladie et accident corporel	10,2	12,2	10,8	9,3	10,2	10,6	10,8	10,5	10,0	9,2
adhésion individuelle	4,7	5,7	5,1	4,5	5,1	5,2	5,4	5,3	5,1	4,8
adhésion collective	5,6	6,5	5,6	4,8	5,1	5,3	5,4	5,3	4,9	4,4
Ss-tol Décès, accident, maladie	15,9	18,9	17,1	15,0	16,3	17,1	17,1	16,4	15,4	14,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TCAM (%)	1997-2000	1997-2001	2001-2000	2004-2006
Assurances en cas de vie	7,3	3,0	10,8	16,1
adhésion individuelle	7,4	2,9	11,2	16,5
adhésion collective	5,1	4,8	5,4	9,1
Bons de capitalisation	1,8	-12,9	15,3	18,8
ss-tot vie et capitalisation	7,0	2,2	11,0	16,2
Assurances en cas de décès	5,2	4,3	5,8	5,6
adhésion individuelle	4,9	3,2	6,2	4,7
adhésion collective	5,3	4,8	5,7	6,1
Maladie et accident corporel	5,5	2,2	8,1	7,0
adhésion individuelle	7,1	4,7	9,0	9,2
adhésion collective	3,9	0,0	7,2	4,7
Ss-tol Décès, accident, maladie	5,4	3,0	7,3	6,5
TOTAL	6,7	2,3	10,4	14,6



Source : FFSA

N.B. Les assurances en cas de maladie et d'accident corporel comprennent Les garanties complémentaires annexées aux contrats de vie.

c) Concentration

Les sociétés d'assurance sont engagées depuis plusieurs années dans la constitution de groupes puissants à vocation internationale. En 2006, les opérations de fusion et d'acquisition se sont poursuivies, concernant les sociétés de taille moyenne ou petite. Des sociétés se sont également rapprochées pour mettre des moyens en commun. Cela étant, en France, la concentration dans l'assurance est inférieure à celle de la plupart des autres secteurs d'activité, tant de l'industrie que des services. Elle est comparable à la moyenne européenne du secteur de l'assurance : les

cinq premiers groupes représentent 43,6 % du marché français, les dix premiers 68,5 %. Elle est légèrement plus marquée en assurance vie qu'en assurances de dommages.¹⁴⁸

Tableau 5 : Classement des 10 premiers groupes français d'assurance (données 2006)

Cotisations (Mds€)	Consolidé	Vie	Dommages
Axa	78,8	14,8	6,4
CNP	32	26	1,9
Prédica/Pacifi ca	23,9	22,3	1,6
AGF	18,6	6,9	3,7
BNP Paribas assurance	15,6	10,9	0,4
Groupama	14,2	6,2	5,3
Generali France	14,2	10,4	3,8
Covéa (GMF - MAAF - MMA)	12,1	3,5	8,1
Sogecap	9,7	9,3	0
ACM	8,1	6,3	1,6

Source : FFSA, rapport 2006

1.1.3 Les mutuelles

a) Statut

Selon les chiffres de la Mutualité Française, les mutuelles régies par le Code de la Mutualité protègent environ 38 millions de personnes. Depuis la mise en œuvre du nouveau Code de la Mutualité, en 2002, le secteur mutualiste est en pleine restructuration. En deux ans, le nombre de mutuelles est passé de 5.000 à 2.400 environ à fin 2004. Dans son rapport annuel de 2006, l'ACAM recense 2.088 mutuelles reconnues comme actives. Ces mutuelles se répartissent comme suit :

- 1.270 pratiquent une activité d'assurance (elles relèvent du livre II du Code de la Mutualité), 6 sur 10 disposent d'agrèments leur permettant d'exercer en propre ou pour le compte d'autres organismes une activité d'assurance, les autres sont entièrement substituées dans leurs engagements.¹⁴⁹
- 748 mutuelles gèrent des réalisations sanitaires et sociales relevant du Livre III du Code de la Mutualité. Il s'agit d'hôpitaux, de pharmacies, de cabinets dentaires et d'autres organismes délivrant des prestations en nature.
- 70 mutuelles, des unions et des fédérations, ne rentrent ni dans la catégorie Livre II ni dans la catégorie livre III (elles sont dites livre I).

¹⁴⁸ Rapport annuel FFSA, 2006.

¹⁴⁹ Le nouveau Code de la Mutualité a permis qu'une mutuelle signe une convention de substitution avec une autre mutuelle, dite substituante. Cette dernière porte alors le risque d'assurance pour les adhérents de la substituée, et doit constituer de ce fait les provisions et la marge de solvabilité. A l'inverse, la substituée n'est pas tenue de le faire et n'a pas besoin d'être agréée. Elle garde son portefeuille et fixe, au moins théoriquement, ses cotisations et ses prestations. La mise en vigueur d'une convention de substitution est soumise à l'accord préalable de l'ACAM. Sa dénonciation est également soumise à des règles strictes. Environ 600 mutuelles sont aujourd'hui substituées. (source : Rapport d'activité de l'ACAM, 2006).

Les mutuelles ont pour mission de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide ; assurance perte d'emploi, assurance dépendance, protection juridique, actions sociales (réalisations sanitaires et sociales).¹⁵⁰ Elles constituent la première catégorie d'organismes d'assurance maladie complémentaire et sur-complémentaire de par leur nombre et le montant des cotisations/prestations maladies encaissées/versées.

Les mutuelles sont des personnes morales à but non lucratif. A la différence des sociétés d'assurance, elles se financent essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres et n'ont pas vocation à faire des bénéfices. Elles sont administrées par un conseil d'administration élu par les membres de l'assemblée générale, réunissant les adhérents ou délégués selon le principe 1 Adhérent = 1 voix.

Au niveau fédéral, les mutuelles ont été historiquement représentées par plusieurs fédérations. La FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) est la plus puissante. Deux grandes familles la constituent :

- La MFP (Mutualité fonction publique) dont les mutuelles, généralement de grande taille, gèrent à la fois le remboursement de base pour le compte du régime général et la partie complémentaire des frais de soins

- La FNMI (Fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle) gère des mutuelles qui n'ont pas de délégation du régime général et sont, par conséquent, exclusivement focalisées sur le remboursement complémentaire des frais de soins.

La FMF (Fédération des mutuelles de France), représentant environ quatre millions de personnes, s'est récemment rapprochée de la FNMF

La FNIM (Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles) représente de son côté environ deux millions de bénéficiaires.

b) indicateurs économiques du secteur

Sur les 707 mutuelles agréées en 2005, 96% le sont en santé (complémentaire santé et prestations en espèces) soit exclusivement, soit avec d'autres branches. 14 mutuelles sont exclusivement agréées en « vie ». Un quart des mutuelles sont dites mixtes car elles sont agréées à la fois en « vie » et en « non vie ». Pour cette même année, le montant total des cotisations encaissées est estimé à 17,1 milliards d'€, dont plus de 88% proviennent de l'activité non vie qui est prédominante. Le montant de la collecte en épargne-retraite et en prévoyance décès ne représente que 12% des cotisations totales (Tableau 6).

Tableau 6 : Cotisations encaissées par les mutuelles

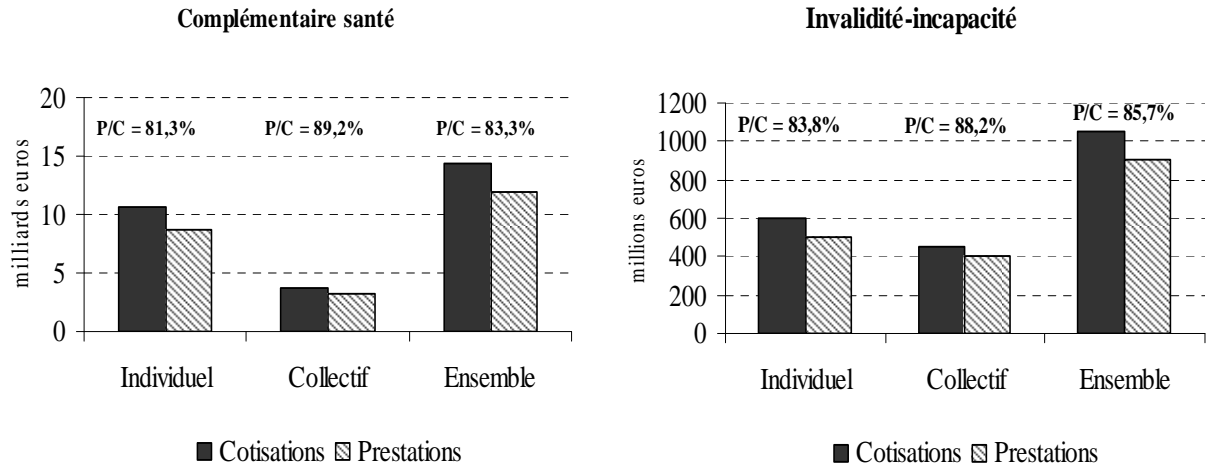
	2003		2004		2005		Evolution	
	M€	%	M€	%	M€	%	2004/03	2005/06
Santé	11970	11,6	13167	11,2	14089	82,2	10,0	7,0
Incapacité-Invalidité	639	0,6	1105	0,9	1034	6,0	72,9	-6,4
Décès	583	0,6	595	0,5	510	3,0	2,1	-14,3
Retraite	1368	1,3	1638	1,4	1510	8,8	19,7	-7,8
Total	14830	14,4	16505	14,0	17143	100,0	11,3	3,9

Source : FNMF, la Mutualité en chiffres

Trois quarts environ des cotisations encaissées sur le segment de la complémentaire santé le sont sur des produits individuels, ce chiffre tombe à 60% pour les garanties indemnités journalières, incapacité et invalidité. Les marges de souscription mesurées par les rapports prestations/cotisations sont un peu supérieures en « risque lourd » (86% environ contre 83% en santé) et sont, sur les deux segments d'activité, plus élevées en collectif qu'en individuel (Graphique 1).

¹⁵⁰ Article L111-1 du Code de la Mutualité.

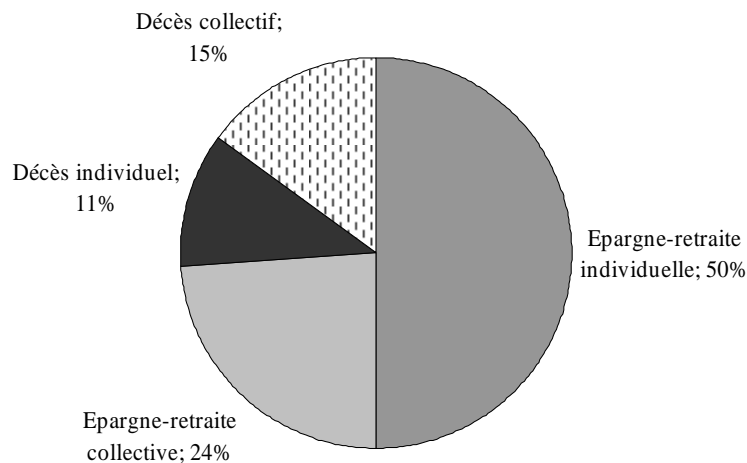
Graphique 1 : Répartition de l'activité des mutuelles en prévoyance (2006)



Source : FNMF, la Mutualité en chiffres

En ce qui concerne l'activité « vie », la part de la collecte en épargne-retraite a diminué, baisse en partie compensée par la progression du risque décès. Les 2/3 des cotisations en épargne retraite sont versées dans le cadre des adhésions individuelles. L'activité décès est réalisée essentiellement par des mutuelles mixtes et est fortement concentrée sur quelques mutuelles (5 organismes collectent 75% des cotisations) : la quasi-totalité de l'assurance décès collective est assurée par une seule mutuelle (Graphique 2).

Graphique 2 : Structure des cotisations en I-I-D selon la nature du contrat



c) Concentration du secteur

Le secteur des mutuelles est marqué par une vague sans précédent de rapprochements, tant dans la Fonction publique, avec la constitution de quatre grands pôles (MGEN-MIP, MG-MNT, MGET et UGIM), que parmi les mutuelles interprofessionnelles (Groupe Harmonie, Préviade-Mutouest, Ressources Mutuelles, Eovi...). Cette concentration se traduit par une diminution importante du nombre de mutuelles. La consolidation de ce secteur est la conséquence directe

des nouvelles obligations comptables et financières liées aux règles prudentielles issues du nouveau Code de la Mutualité,¹⁵¹ mais elle traduit aussi l'intensification de la concurrence sur le marché de l'assurance santé. Si les mutuelles 45 préservent sur ce marché des positions encore dominantes, leurs parts de marché s'érodent en effet au profit des autres familles d'assureurs. Pour autant et relativement aux autres secteurs, les mutuelles constituent un secteur peu concentré. Les 5 premières mutuelles réalisent 20% du CA du secteur et les 30 premières 44% (Tableau 7).

Tableau 7 : Top 30 des mutuelles en 2006

Rang		Mutuelle	Cotisations 2006 (Ms€)	%	Progression 2006/05	Personnes protégées	%
2006	2005						
1	1	MGEN	1 235,50	6,67	3,8	3 312 080	10,4
2	2	MG	853,30	4,60	-1,7	1 195 673	3,7
3	3	Prévadiès	809,00	4,37	53,2	1 785 289	5,6
4	4	MNH	565,80	3,05	9,6	1 222 541	3,8
5	5	MNT	493,90	2,67	7,1	332 255	1,0
6		Macif Mutualité	376,00	2,03	25,3	1 362 412	4,3
7	6	MAAF Santé	345,90	1,87	14,3	942 239	2,9
8	7	MCD	250,30	1,35	0,2	500 000	1,6
9	12	Mutuelle Mieux être	226,00	1,22	22,8	718 327	2,2
10	9	MNM	225,90	1,22	1,8	345 548	1,1
11	10	Primamut (AG2R)	222,70	1,20	2,2	565 000	1,8
12	11	SMI	204,00	1,10	3,6	327 115	1,0
13	14	Micils	193,00	1,04	15,6	451 273	1,4
14	13	Ociane	191,30	1,03	8,1	256 065	0,8
15	16	MGP	157,60	0,85	0,9	317 028	1,0
16	15	Eovi	157,40	0,85	4,9	357 000	1,1
17	19	Mutuelle atlantique	150,90	0,81	5,6	302 000	0,9
18	28	Eovi Mut Drôme-Arpica	148,80	0,80	43,1	207 000	0,6
19	17	MIP	148,10	0,80	3,5	331 672	1,0
20	20	CNG-MG (gendarmerie)	138,00	0,74	2,2	235 991	0,7
		Total 20 premiers	7 093,40	38,28		15 066 508	47,1
		Total 30 premiers	8 289,20	44,73		17 556 889	54,9
		Total général	18 532,00	100,00		32 000 000	100,0

Source : L'Argus de l'assurance, n°7049, 23 novembre 2007. Le classement est établi en fonction des cotisations brutes de réassurance (hors acceptations et hors substituées) au 31,12,2006, Les données proviennent des réponses des mutuelles au questionnaire de l'Argus.

¹⁵¹ Depuis le 20 mars 2007, les mutuelles du Livre II sont soumises à de nouvelles règles de solvabilité. Globalement ces règles augmentent l'exigence minimale de fonds propres, en modifiant les modes de calcul et en accroissant le montant du fonds de garantie minimum (*cf. supra*, chapitre 1). Ces évolutions seront contraignantes pour les mutuelles qui ne peuvent faire appel au marché pour accroître leur fonds propres et ne peuvent les constituer qu'à travers leur résultat, voire en ayant recours à l'emprunt sous certaines conditions. De nouvelles alliances, fusions ou absorptions semblent inéluctables pour les mutuelles les moins « solides » afin de satisfaire aux nouvelles exigences.

1.1.4. Des acteurs émergents

L'offre des bancassureurs se rapproche de celle des sociétés d'assurances, mais elle est souvent limitée à l'assurance de masse comme l'assurance auto ou habitation. La bancassurance a capacité à offrir une gamme complète de produits et de services financiers (bancaires et assurantiels) à travers un réseau unique de vente et d'assistance grâce à une gestion informatique intégrée à la banque mais aussi une bonne accessibilité du service. Le Crédit Agricole, mais également le Crédit Mutuel, ont élargi leur offre à l'assurance santé « marché de conquête » et à l'assurance dépendance.

1.2. Spécialisation et diversification des opérateurs.

1.2.1. Une spécialisation de l'activité qui perdure ...

La vision qui se dégage, quand on « croise » opérateurs et segments de marché, est celle d'un degré élevé de spécialisation. Institutions de prévoyance et mutuelles réalisent l'essentiel de leur activité (environ 90% des primes encaissées) en prévoyance (au sens large, c'est-à-dire prévoyance lourde et frais de soins) alors que pour les sociétés d'assurance le poids de la collecte en prévoyance est faible au regard de l'activité en épargne-retraite. En raisonnant sur la seule prévoyance, on relève :

- la très forte spécialisation des mutuelles en frais de soins (80% de l'activité),
- un portefeuille plus équilibré pour les IP, réparti à parts quasiment égales entre les différents segments),
- une activité plutôt centrée sur l'invalidité-incapacité-décès pour les sociétés d'assurance (2/3 de l'activité, 1/3 en santé).

Les mutuelles occupent donc une position prépondérante sur le marché de la santé et beaucoup plus marginale sur celui de la prévoyance. Mais en tendance, leurs poids sur le segment de la santé a tendance à fléchir alors que leur entrée sur le marché de la prévoyance renforce leur position dans le risque invalidité-incapacité. Sur chacun des segments, hors retraite, les IP comptent pour environ 1/5 de l'activité ; les sociétés d'assurance ont des positions dominantes en prévoyance « lourde » et ont une part significative en santé qui a tendance au cours des dernières années à « rogner » sur les parts de marché de leurs compétiteurs mutualistes et paritaires. (*Tableau 8 et Graphique 3*).

Tableau 8 : Répartition du CA (cotisations encaissées) selon les opérateurs et les segments

	Sociétés d'assurance		Institutions de prévoyance		Mutuelles		Total	Parts de marché		
	M€	%	M€	%	M€	%		Sté As.	IP	Mutuelles
2003										
Santé	5 345	5,2	3 817	47,4	11 970	80,7	21 132	25,3	18,1	56,6
Incapacité-Invalidité	5 800	5,6	1 812	22,5	639	4,3	8 251	70,3	22,0	7,7
Décès	6 600	6,4	1 750	21,7	583	3,9	8 933	73,9	19,6	6,5
Ss tot Prévoyance	17 745	17,2	7 379	91,6	13 192	89,0	38 316	46,3	19,3	34,4
Retraite	85 400	82,8	678	8,4	1 368	9,2	87 446	97,7	0,8	1,6
Total	103 145	100,0	8 057	100,0	14 830	100,0	126 032	81,8	6,4	11,8
2004										
Santé	6 147	5,2	4 046	47,4	13 167	79,8	23 360	26,3	17,3	56,4
Incapacité-Invalidité	6 200	5,3	1 998	23,4	1 105	6,7	9 303	66,6	21,5	11,9
Décès	7 200	6,1	1 880	22,0	595	3,6	9 675	74,4	19,4	6,1
Ss tot Prévoyance	19 547	16,6	7 924	92,8	14 867	90,1	42 338	46,2	18,7	35,1
Retraite	98 000	83,4	615	7,2	1 638	9,9	100 253	97,8	0,6	1,6
Total	117 547	100,0	8 539	100,0	16 505	100,0	142 591	82,4	6,0	11,6
2005										
Santé	6 762	5,0	4 284	46,0	14 089	82,2	25 135	26,9	17,0	56,1
Incapacité-Invalidité	6 600	4,9	2 266	24,4	1 034	6,0	9 900	66,6	22,9	10,4
Décès	7 300	5,4	1 990	21,4	510	3,0	9 800	74,5	20,3	5,2
Ss tot Prévoyance	20 662	15,4	8 540	91,8	15 633	91,2	44 835	46,1	19,0	34,9
Retraite	113 700	84,6	764	8,2	1 510	8,8	115 974	98,0	0,7	1,3
Total	134 362	100,0	9 304	100,0	17 143	100,0	160 809	83,6	5,8	10,7

Graphique 3 : Parts de marché des trois familles d'opérateurs sur les différents segments de la prévoyance (frais de soins et risque lourd) (données 2005)

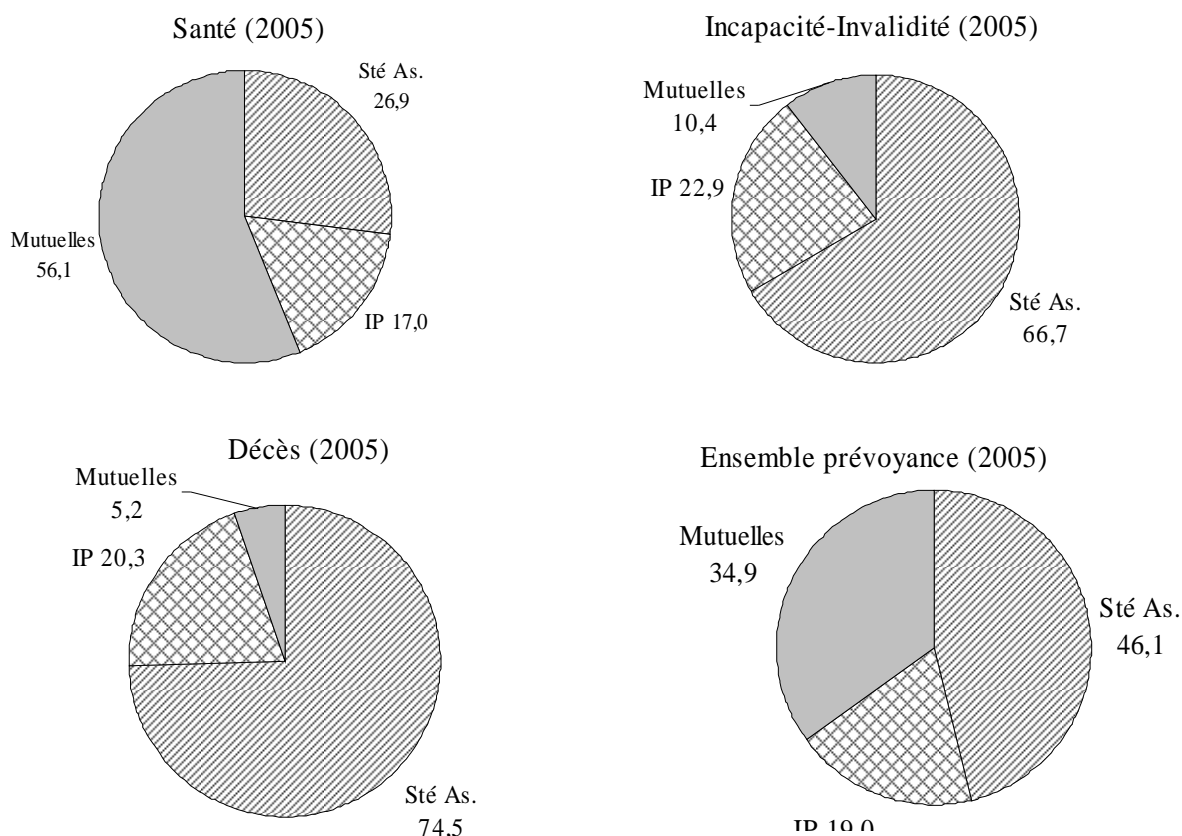


Tableau 8 et graphique 3 ont été reconstitués à partir des données des opérateurs, source : FNMF, CTIP, FFSA

1.2.2. ... mais la génération des chiffres d'affaires tient de plus en plus à l'ouverture des portefeuilles traditionnels

Nous avons eu l'occasion de le souligner, ce partage de marché est historique et lié à la réglementation qui a cantonné les opérateurs sur des activités bien précises. Or, à partir de 2001, l'aménagement des textes régissant les activités d'assurance en application des directives européennes, enclenché en 1994, est achevé (*cf. supra*, chapitre 1). A l'issue de ce processus tous les acteurs se sont vus reconnaître le droit d'exercer toutes les activités d'assurance, ce qui met fin à l'existence de barrières à l'entrée sur certains segments pour certains intervenants. En conséquence¹⁵² :

- les mutuelles, jusqu'alors cantonnées à la couverture complémentaire santé, ont désormais la possibilité d'intervenir en prévoyance collective ainsi que sur d'autres segments assurantiels (protection juridique, assistance, assurance caution),
- au-delà des les organismes régis par le Code de la Mutualité, l'activité de prévoyance collective aux entreprises est également ouverte aux organismes régis par le code des assurances,
- les IP sont désormais autorisées à accepter les adhésions individuelles lorsqu'elles proposent des poursuites de contrats à leurs membres adhérents qui quittent le champ d'application des couvertures complémentaires collectives et obligatoires,
- extension de la suppression de la taxe de 7% sur les contrats complémentaires santé (à condition que la tarification ne soit pas discriminante en fonction de l'âge et de l'état de santé) aux sociétés d'assurance alors que jusqu'alors seules les IP et les mutuelles étaient concernées.

Les cloisonnements institutionnels s'effaçant, les différentes familles se retrouvent en concurrence sur les différents segments d'activité. Sur le terrain des entreprises notamment, les IP qui jouissaient jusqu'alors d'un quasi-monopole en prévoyance collective (risque lourd et santé), peuvent se retrouver en compétition avec les assureurs et les mutuelles capables d'offrir des solutions packagées « retraite-prévoyance-santé-épargne salariale ». Si l'activité de prévoyance (invalidité-incapacité et décès) développée par les mutuelles reste marginale, la diversification est plus accentuée dans les compagnies d'assurance et leur présence sur le terrain du collectif non négligeable. Toutefois les IP peuvent capitaliser à partir de leurs points forts : accès direct aux entreprises et aux branches professionnelles, vaste fichier d'assurés et de retraités, connaissance et expertise en matière de sinistralité de larges groupes de salariés. Leur présence sur le marché des grandes entreprises qui sont les premières clientes de fonds d'épargne salariale, mais également sur celui des PME-TPE, via les accords de branche,¹⁵³ est une incitation à un positionnement significatif sur ce marché en développement rapide. En revanche, l'entrée sur le marché de l'épargne retraite a été, et reste, prudente et la collecte de contrats d'assurance vie – qui constitue une part prépondérante de l'activité en assurance de personnes des sociétés d'assurance – reste modeste.

Au total, si les spécialisations traditionnelles n'ont pas complètement disparu, l'ensemble des acteurs du marché de la protection complémentaire ont entamé une démarche de diversification de leurs produits et de leurs clientèles dans le secteur concurrentiel de la prévoyance, de la santé et des produits retraite. Le régime de concurrence sectoriel s'en trouve inévitablement modifié, ainsi qu'on peut l'illustrer sur le segment de l'assurance complémentaire santé.

¹⁵² Nous reprenons ici très largement l'analyse de LAFITTE M., BORDERIE A., in *Les groupes de protection sociale. Évolutions depuis 1945 et perspectives en France et en Europe*. Paris : Revue Banque Edition, 2006, p. 187 et suiv.

¹⁵³ *cf. infra*, chapitre 4.

Section 2. Régime de concurrence et stratégies des opérateurs dans le champ de la complémentaire santé

Traiter des stratégies des opérateurs sur le segment de l'assurance maladie complémentaire (2.2.) passe d'abord par le constat d'une augmentation tendancielle des dépenses, quelquefois mais jamais durablement freinée, et de l'imputation des restes à charge sur les budgets des organismes complémentaires (2.1).

2.1. Les tendances du marché de l'assurance complémentaire santé

2.1.1 Une croissance soutenue de la dépense de santé ...

La croissance des dépenses de santé au cours de la période récente est suffisamment documentée pour qu'on ne s'y attarde pas, sauf pour noter que le ralentissement observé en 2005 et 2006, remarquable par rapport aux tendances antérieures (*cf. supra*) semble avoir été de courte durée. C'est le constat que tirent les rapporteurs des comptes de la Sécurité sociale, en concluant que les sources d'économies enregistrées au cours des deux exercices précédents, notamment sur le poste des soins de ville, semblent avoir atteint leurs limites.¹⁵⁴

2.1.2 ... tirée par des facteurs structurels ...

Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé sont aujourd'hui bien connus : facteurs d'offre, facteurs de demande et facteurs institutionnels, souvent inter-reliés sont à l'origine de la pente irrésistiblement positive de la consommation de soins dans les pays développés.^{155,156} Le vieillissement de la population est un facteur majeur de la forte croissance attendue au cours des années à venir. Les projections usuelles distinguent un effet « mécanique » – calculé en appliquant le profil des dépenses par âge tel qu'il est observé aujourd'hui à la pyramide des âges prévue (différents scénarii possibles) à 10, 20 ou 30 ans – et un « effet génération » qui consiste à tempérer l'effet mécanique par la prise en compte des comportements propres à chaque génération et qui peuvent jouer positivement ou négativement sur l'évolution future des dépenses. L'un et l'autre ne sont pas faciles à déterminer, notamment en raison de l'incertitude qui prévaut sur l'évolution des progrès technologiques qui vont impacter tant les profils de morbidité que les manières de les prendre en charge. Les travaux de projection attestent de ces difficultés.

Selon les prévisions de l'OCDE, la part des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut devrait ainsi passer de 5,7% en 2005 à 9,6% en 2050.¹⁵⁷ Ces estimations sont un peu supérieures à celles obtenues par la Commission européenne qui retient un scénario d'évolution conduisant au même horizon à un ratio dépenses de santé/PID de 7,9%¹⁵⁸. Les deux études retiennent le vieillissement de la population comme facteur principal d'évolution : les dépenses de santé

¹⁵⁴ Rapport sur les comptes de la Sécurité sociale, septembre 2007. Voir aussi le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance Maladie (HCAAM).

¹⁵⁵ N. MISSÉGUE, C. PEIREIRA « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°1, janvier-mars 2005.

¹⁵⁶ B. WEISBROD « The Health Care Quadrilemma: An Assay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment », *Journal of Economic Literature*, n° 29, 1991, p.523-552.

¹⁵⁷ OCDE « Projecting OCDE Health and Long Term Expenditures: What are the main drivers? », *OCDE Economics Department Working papers*, 2006. B. DORMONT « Dépenses de santé et vieillissement. État des lieux et réflexions prospectives », Lettre du Collège des Économistes de la Santé, mars 2006.

¹⁵⁸ European Commission and Economic Policy Committee « The impact of the ageing on public expenditures : projections for the EU25 member states on pensions, health care, long term care, education, and employment transfers (2004-2050) », *Special Report* n°1, 2006.

augmentent avec l'âge, et de façon extrêmement importante à l'approche de la fin de vie. Si l'on admet que ce n'est pas l'âge en soi qui explique les dépenses de soins (leur profil et leur niveau) mais la morbidité, les prévisions ne peuvent pas se limiter à la prise en compte de la seule variable démographique, il faut également considérer l'impact du progrès technologique et des changements de pratiques qui l'accompagnent. Les travaux économétriques menés par B. Dormont et l'IRDES sur des données rétrospectives montrent ainsi que les changements technologiques expliquent la moitié des dépenses de santé. Le différentiel d'un peu moins de deux points entre les projections de l'OCDE et celles de l'UE tient au fait que les études européennes n'intègrent pas la composante technique.¹⁵⁹

En dépit des incertitudes du calcul prospectif, les organismes assureurs ont intégré le vieillissement de la population et, en conséquence, la sinistralité plus forte de leurs portefeuilles. Leurs analyses tiennent compte, de ce point de vue, des facteurs institutionnels qui pèseront sur l'évolution des restes à charge sur les ménages.

2.1.3 ... associée à des interventions « complémentaires » croissantes

Les dépenses de santé sont prises en charge par quatre financeurs, au premier rang desquels la Sécurité sociale de base qui participe à hauteur de 77 % en 2006. Le second financeur est constitué de l'ensemble des organismes complémentaires dont la part représente 13% des dépenses. Viennent ensuite les ménages (8,6%) puis l'État et les collectivités locales avec (1,4%).¹⁶⁰ Sur moyenne période, ces parts varient peu, ce qui semble contredire l'impression souvent ressentie d'une « marchandisation » de la protection sociale. Toutefois, la stabilité apparente de la part du financement par l'assurance maladie (77,1% en 1995 et 2000, 7,3% en 2004 et 77,2% en 2005) masque en réalité deux phénomènes. D'un côté, le nombre d'assurés sociaux qui bénéficient du dispositif Affections de Longue Durée (ALD), et par conséquent d'une prise en charge à 100%, est de plus en plus élevé (7,7 millions en 2006 selon les données de CNAMTS). D'autre part la structure de la Consommation de Soins et Biens Médicaux se déforme au profit des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (certains médicaments, l'optique, le dentaire). Au plan global, le reste à charge des ménages est quant à lui orienté à la baisse (il était de 9,6% en 1995), sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. Les arbitrages politiques en faveur d'une plus grande responsabilisation des assurés (*cf.* les franchises) peuvent toutefois, toutes choses égales par ailleurs, inverser la tendance.

Ces phénomènes ont contribué à ce que le taux de croissance en valeur des dépenses des organismes complémentaires (+71,3% entre 1995 et 2006 soit +5% en moyenne annuelle) soit plus rapide que celui de la Sécurité sociale de base pour la même période (+ 59,5 % soit 4,3% en moyenne annuelle). En conséquence, la part du financement des complémentaires dans la dépense totale de certains biens et services médicaux est de plus en plus importante. Elle est ainsi passée de 31,2% en 1995 à 34,7% en 2006 pour les dentistes, et de 25,5 à 30% pour les autres biens médicaux (comprenant l'optique) mais elle baisse pour les médicaments (participation à hauteur de 18,9% des dépenses contre 20,2%) sous l'effet conjugué de l'extension du nombre de médicaments non remboursés, sur lesquels les complémentaires n'interviennent pas, et de la dépense relative aux molécules innovantes pour le traitement des maladies graves prise en charge à 100% par la Sécurité sociale. Elle diminue également pour les médecins (20% en 1995) et 18,4% en 2006.

¹⁵⁹ B. DORMONT, M. GRIGNON, H. HUBER « Health expenditures and the demographic rhetoric: reassessing the threat of ageing », Working paper, IEMS ; B. DORMONT « Dépenses de santé et vieillissement ... » *op. cit.*

¹⁶⁰ A. BOURGEOIS et M. DUÉE « Les comptes de la protection sociale en 2006 ». *DREES, Études et résultats*, n° 609, novembre 2007.

Quelles sont les données de ce tableau général qui peuvent changer ?

Les choix politiques ne sont pas fixés, mais un scénario possible est celui du réaménagement du régime des ALD. Rappelons-en brièvement le principe : les patients sont exonérés du ticket modérateur dès lors qu'ils sont reconnus souffrir d'une pathologie qui figure sur une liste définie par voie réglementaire. Une première réforme intervenue en 1986, dans le cadre du plan Seguin, avait limité le bénéfice de l'exonération, à la seule pathologie exonérante, à charge pour le médecin prescripteur de différencier les prescriptions en utilisant l'ordonnancier bi-zone. Huit millions de personnes étaient couvertes en 2002 et les ALD représentaient alors une charge financière importante évaluée à 58% de la dépense totale des régimes de base et les soins. Les soins sans ticket modérateur représentaient alors la moitié des soins de ville et 65% des dépenses hospitalières.¹⁶¹

Un ensemble de constats et de travaux¹⁶² montrent que ce dispositif, coûteux, non seulement ne supprime pas les restes à charges importants mais entraîne également des différences de traitement entre les populations. Ainsi, parmi les bénéficiaires de l'exonération ALD, les assurés qui figurent dans le vingtile supérieur des consommateurs ont un RAC supérieur à 800 €, ils sont bien dans la cible du dispositif. En revanche, parmi les 15% d'assurés ayant les plus fortes dépenses de soins, les non ALD sont majoritaires ; près de 900.000 ont un RAC moyen d'environ 1.000 € par an (principalement lié à des hospitalisations).

Ces constats conduisent à préconiser le plafonnement des restes à charge, sous la forme d'un « bouclier sanitaire », selon la proposition de R. Briet et B. Fragonard.¹⁶³ L'idée est que le reste à charge du patient s'annule dès lors que sa dépense de soins annuelle arrive au plafond déterminé, l'assurance maladie obligatoire intervenant alors totalement pour couvrir à 100% le ticket modérateur, à l'intérieur de ses tarifs de responsabilité. L'équilibre financier d'un tel dispositif serait dépendant du relèvement des tickets modérateurs actuels et pourrait être associé à une logique redistributive, par l'instauration d'un plafond fonction des revenus des ménages. Selon les modulations proposées pour le chiffrage des gains et des pertes induites, l'impact d'un tel dispositif serait positif pour les ménages ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire, faible pour les autres. Quelle conséquence pour les assureurs ? Il pourrait résider dans le risque de désaffiliation massive : les patients consommateurs, certains grâce au déplafonnement des dépenses d'être couverts en cas de l'occurrence d'un gros risque, pourraient être amenés à ne pas acquérir une couverture complémentaire. Cette hypothèse n'est pas la plus certaine, le bouclier ne concernant que les dépenses reconnues. En revanche, selon les analyses avancées par certains est que la disparition du système des ALD va amener à l'assurance complémentaire une population « lourde » en termes de dépenses ou alourdir, dans les portefeuilles existants, la couverture d'une population qui jusqu'alors pesait peu en raison de l'exonération liée à la maladie invalidante. Ce processus pourrait obliger les opérateurs à renouer avec une « vraie » logique assurantielle alors que, jusqu'à présent, ils se sont contentés de financer une dépense courante sans aléa.¹⁶⁴ Au final, sans doute plus que les facteurs démographiques et technologiques, les conditions de prise en charge des populations, médicalement les plus fragiles, sont susceptibles de modifier le modèle économique des organismes complémentaires à un horizon court.

¹⁶¹ P-L BRAS, E. GRASS, O. OBRECHT « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit Social*, n° 4, avril 2007.

¹⁶² Outre à la contribution P-L BRAS *et al.* précédemment citée, on se reportera au HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE « Note sur les affections de longue durée », HCAAM, mai 2005 et à R BRIET et B. FRAGONARD, « Mission Bouclier Sanitaire », rapport 28 septembre 2007.

¹⁶³ Mission Bouclier sanitaire, *op. cit.*

¹⁶⁴ Cette analyse est défendue par JALMA, société de conseil en assurance de personnes, éditeur du « *Panorama de l'assurance santé en 2007* ».

2.2. La complémentaire santé : tensions concurrentielles sur les segments collectif et individuel¹⁶⁵

2.2.1. Concurrence accrue

L'augmentation du taux d'équipement des ménages en contrats complémentaires et l'amélioration des taux de couvertures, jointes à une sinistralité croissante, expliquent la croissance soutenue, en volume et en prix, enregistrée par les différents opérateurs au cours des dernières années. Selon les données colligées par le Fonds CMU – qui permettent une vue homogène des contributions des différents opérateurs sur une plus longue période que celle traitée précédemment – le chiffre d'affaires réalisé par les organismes complémentaires en santé (mesuré par le montant des cotisations encaissées) s'élève en 2006 à 26 milliards d'€. Entre 2001 et 2006, il a progressé au rythme annuel moyen de 8%, l'évolution récente semblant marquer le pas après les fortes progressions enregistrées entre 2002 et 2005 qui étaient tirées par des réajustements tarifaires conséquents. Avec 60 % du montant total des cotisations, les mutuelles constituent le principal acteur du marché de la complémentaire santé, quand bien même leurs parts de marché ne progressent pas depuis 2001, voire témoignent d'un léger infléchissement (-1,5 points). Il en est de même pour les Institutions de prévoyance dont le poids global est toutefois nettement plus faible (16,8% en 2006 versus 18,7% en 2001). Ces tassements se font au profit des sociétés d'assurance qui enregistrent des taux de croissance supérieurs à leurs compétiteurs mutualistes et paritaires et qui gagnent donc des parts de marché : elles représentent le 1/5 du volume des cotisations en 2006 contre 21% en 2001 (*Tableau 9*).

Comme nous l'avons vu, si les mutuelles continuent d'occuper une position dominante en individuel, l'activité est sensiblement plus distribuée en collectif. C'est sur ce segment que les institutions de prévoyance dominent avec près de 40% des parts de marché, mais elles sont suivies de près par les sociétés d'assurance (*Graphique 4*).

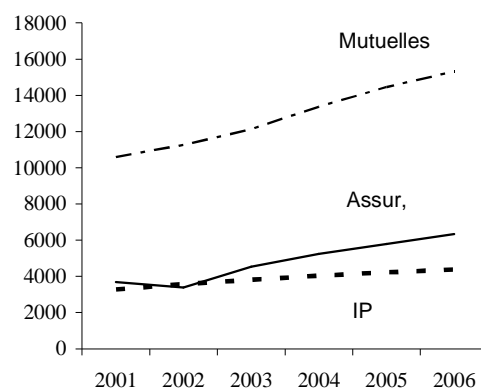
¹⁶⁵ Les développements qui suivent s'appuient sur les matériaux documentaires réunis par F. MASSON-NIQUET pour son mémoire « *Le secteur de la prévoyance complémentaire en entreprise : où en sommes-nous ?* », M2P « Protection sociale complémentaire », Université Paris 1, Mutualité française.

Tableau 9 : Chiffre d'affaires en assurance santé des organismes complémentaires (évolution 2001-2006)

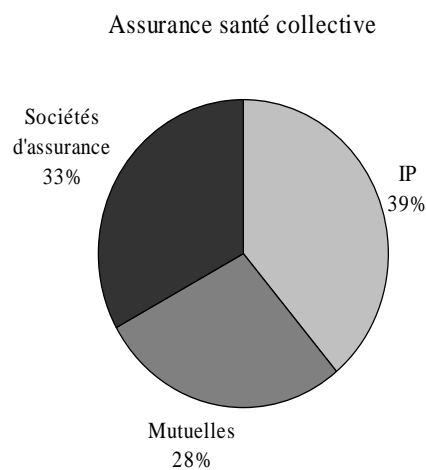
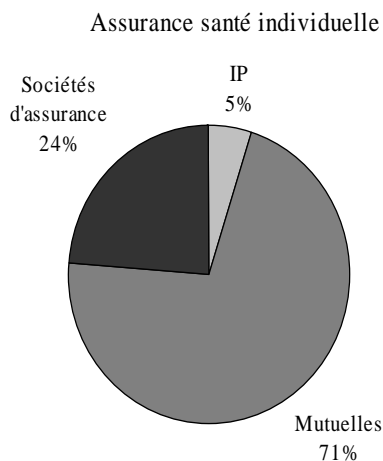
Millions €	Sociétés d'assurance	Institutions prévoyance	Mutuelles	Total	Sociétés d'assurance (%)	Institutions prévoyance (%)	Mutuelles (%)
2001	3692	3279	10596	17567	21,0	18,7	60,3
2002	3391	3573	11264	18228	18,6	19,6	61,8
2003	4538	3809	12129	20476	22,2	18,6	59,2
2004	5239	4041	13366	22646	23,1	17,8	59,0
2005	5788	4225	14452	24465	23,7	17,3	59,1
2006	6343	4376	15322	26041	24,4	16,8	58,8

Evolution				
2002/01	-8,2	9,0	6,3	3,8
2003/02	33,8	6,6	7,7	12,3
2004/03	15,4	6,1	10,2	10,6
2005/04	10,5	4,6	8,1	8,0
2006/05	9,6	3,6	6,0	6,4
2006/01	71,8	33,5	44,6	48,2
TCAM 2006/01	11,4	5,9	7,7	8,2

Source : Fonds de financement de la CMU, 2006



Graphique 4 : Parts de marché en assurance santé par type d'opérateur



Les deux segments du marché, individuel et collectif, sont inégalement concentrés. En complémentaire santé collective, un acteur domine : l'assureur AXA détient plus de 20% du marché. En individuel, les positions des 5 premiers (4 mutuelles et 1 assureur) sont plus équilibrées. Les 25 premiers opérateurs font 63% du CA en collectif, plus de 70% en individuel (Graphique 5 et tableau 10).

Graphique 5 : Degré de concentration dans le champ de la protection complémentaire santé.
Poids des 25 premiers acteurs en termes de cotisations encaissées en 2006

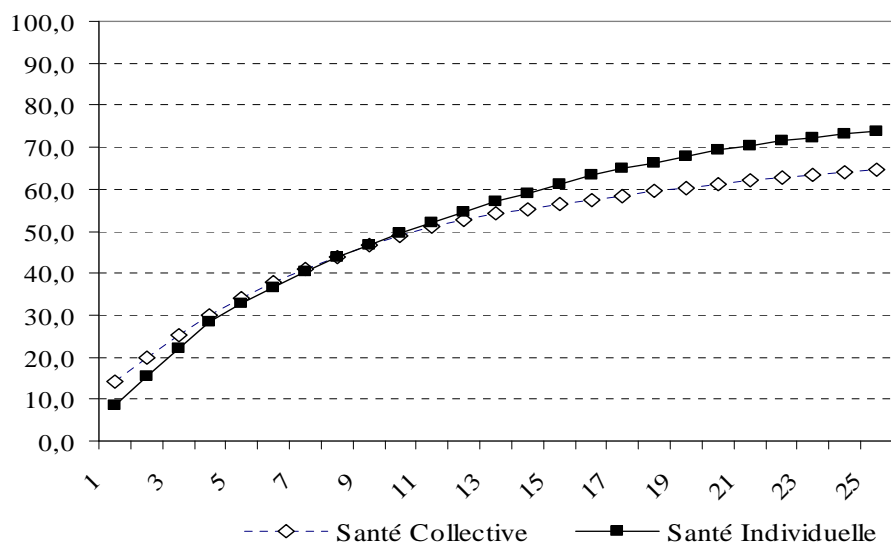


Tableau 10 : le Top 25 des opérateurs en assurance complémentaire santé

Complémentaire santé collective					
Rang	Opérateur	Statut	CA 2006 (millions €)	%	Progression 2006/05
1	Axa	Ass	1 656,70	21,9	+3,3%
2	AG2R	IP	664,30	8,8	+2,4%
3	Médéric	IP	626,60	8,3	-9,8%
4	Harmonie Mutuelles	Mut	554,80	7,3	+39,8%
5	AGF	Ass	500,80	6,6	+6%
6	Generali	Ass	428,00	5,7	NC
7	ProBTP	IP	358,00	4,7	+10,8%
8	Groupama	Ass	355,00	4,7	+6,6%
9	Swiss Life	Ass	313,20	4,1	+8,5%
10	Apicil	IP	263,70	3,5	+13,4%
11	Malakoff	IP	255,00	3,4	+20,8%
12	SMI	Mut	204,00	2,7	+3,1%
13	ACM IARD	Ass	152,00	2,0	+21,5%
14	Eovi	Mut	133,50	1,8	+3,3%
15	MIP	Mut	131,00	1,7	+1,6%
16	Adréa	Mut	127,00	1,7	+46,0%
17	Prisme Prévoy,	IP	118,50	1,6	+6,0%
18	Réunica	IP	115,30	1,5	+17%
19	Groupe Apri-Radiance	IP	101,70	1,3	NC
20	Vauban	IP	100,00	1,3	1,1%
21	MCD	Mut	94,60	1,2	-6,6%
22	Ionis	IP	93,40	1,2	-1%
23	Mutaris	Mut	81,00	1,1	+40%
24	Macif Mutualité	Mut	72,00	1,0	°18%
25	Groupe Mornay	IP	68,30	0,9	-4%
	CA des 25 premiers		7 568,40	100,0	
	CA total (estimation)		11 700,00		

(suite page suivante)

Complémentaire santé individuelle					
Rang	Opérateur	Statut	CA 2006 (millions €)	%	Progression 2006/05
1	MGEN	Mut	1 196,40	11,3	+3,5%
2	Groupama	As	1 003,00	9,5	+6,9%
3	Mutaris	Mut	963,00	9,1	+0,3%
4	Harmonie Mutuelles	Mut	913,70	8,6	+50,6%
5	Swiss Life	As	593,90	5,6	+8,4%
6	MNH	Mut	559,70	5,3	+9,8%
7	AGF	As	540,10	5,1	+4,5%
8	Axa	As	491,40	4,7	+12,6%
9	ProBTP	IP	436,40	4,1	+15,7%
10	MMA	As	395,70	3,7	+7,6%
11	Eovi	Mut	362,10	3,4	+4,9%
12	AG2R	As	354,10	3,4	+3,7%
13	MAAF Santé	As	336,90	3,2	+14,4%
14	Generali	As	306,00	2,9	+40,6%
15	Adréa	Mut	309,00	2,9	+31,4%
16	ACM IARD	As	295,70	2,8	+20,9%
17	MNM	Mut	226,00	2,1	+1,8%
18	Macif Mutualité	Mut	210,00	2,0	+17%
19	Médéric	IP	208,20	2,0	+23,5%
20	Groupe Apri-Radiance	IP	206,40	2,0	NC
21	Apicil	IP	162,70	1,5	+28,1%
22	MCD	Mut	149,40	1,4	-1,8%
23	Ociane	Mut	128,90	1,2	+6,5%
24	Malakoff	IP	125,00	1,2	+6,9%
25	Smatris	Mut	90,80	0,9	NC
	Total des 25 premiers		10 564,50	100,0	
	CA total		14 300,00		

Source : Argus de l'Assurance, n°7030/15 juin 2007. le CA est exprimé en cotisations versées nettes de réassurance et hors acceptation

2.2.2. Les modalités de la concurrence sur le marché individuel santé

Celles-ci sont multiples, mais on distingue couramment trois grands modes de concurrence : concurrence-prix, concurrence-produit, concurrence-service.

a) La concurrence par les prix

Elle revient pour les entreprises à être les « moins-disant », à offrir les prix les plus bas à qualité donnée. Si les tarifications, en prévoyance collective, sont réalisées en partant d'éléments techniques et actuariels très précis (démographique, statistiques, économiques), très souvent c'est la loi du marché concurrentiel qui fixe le taux proposé. Ainsi peut-on observer des pratiques de « dumping » qui conduisent, artificiellement, à des prix bas :

- taux contractuels définis selon les règles techniques, mais avec des taux d'appels inférieurs, notamment durant les premières années du contrat,
- création de formules « packagées » qui permettent de proposer un taux global (perdre sur un risque comme la santé, mais gagner sur un autre, par exemple le décès),
- proposition de contrats « sur mesure » où chaque risque est calculé au juste prix en fonction d'éléments actuariels précis pour chaque grande entreprise/PME ou convention collective mais

dans lesquels on ne sait pas réellement comment sont imputés les autres frais (commercialisation, gestion etc.).

Ces stratégies sont toutefois limitées par l'obligation introduite par la loi Évin de remettre sur le marché les contrats à périodicité régulière (tous les 5 ans). La politique de tarification dépend bien évidemment de la taille et de l'ancienneté du portefeuille en prévoyance collective. En effet, plus celui-ci est important et ancien (la sinistralité potentielle augmente avec le vieillissement de la population couverte) et plus il influe sur la politique tarifaire. L'objectif est donc en priorité, pour ces assureurs, de réajuster les taux pour rendre leurs portefeuilles économiquement viables (les hausses tarifaires observées au cours de la période récente participent de cette logique) sous contrainte de préservation ou de gains de parts de marché.

b) La concurrence sur les produits

Les stratégies du mieux-disant consistent pour les entreprises à s'affronter en s'efforçant d'offrir les produits les plus « performants » au regard des préférences des consommateurs. Il y a dans ce domaine plusieurs voies d'innovation possibles pour les assureurs santé. La première est celle « classique » de l'innovation de produits, la deuxième d'appuie sur la recherche de nouveaux mécanismes assurantiels.

i. L'innovation de produits

- La demande de couverture face à de nouveaux risques, dont est emblématique la dépendance, peut-être à l'origine d'une extension de l'offre d'assurances sur des produits innovants. Spécifique, mais pouvant être considéré comme périphérique à la santé, la dépendance constitue un marché potentiellement important mais qui peine à se développer (cf. encadré ci-dessous) quand bien même il relève d'une prise en charge assurantielle.¹⁶⁶

Encadré : L'assurance dépendance

a) État de la diffusion de l'assurance dépendance

Fin 2006, 1,87 million de personnes étaient couvertes par un contrat d'assurance dépendance facultatif souscrit auprès d'une trentaine de compagnies d'assurance, pour un montant total de cotisations de 346,7 millions d'euros, soit une hausse de 10% par rapport à 2005. Le nombre de personnes n'a, quant à lui, augmenté que de 2%. L'essentiel des assurés (92%) est protégé par un contrat dont la dépendance est la garantie principale. Plus de la moitié (53%) des personnes couvertes ont souscrit un contrat individuel, les autres le sont par l'intermédiaire d'un contrat collectif.

b) Caractéristiques des contrats dépendance

Le coût moyen annuel du contrat en individuel est de 324,6 €. Le souscripteur paie une cotisation mensuelle qui est fixée en fonction de son âge à la souscription, du montant de la rente qu'il souhaite toucher en cas de dépendance et de l'étendue de la garantie (dès la perte partielle d'autonomie ou seulement lorsque celle-ci est totale).

c) Les principaux opérateurs

AG2R et Groupama ont été pionniers sur l'offre d'assurance dépendance. En 2006, ils détiennent respectivement 19, 8% et 23,5 % du marché en nombre de personnes assurées en individuel. D'autres opérateurs se portent sur le marché en complétant, comme par exemple les AGF, le contrat d'assurance dépendance par des services de prévention des risques liés à la maladie d'Alzheimer.

Source : S. SOLLIER « La dépendance, nouvel Eldorado des assureurs ? », *La Tribune*, 18 septembre 2007

- L'innovation peut également concerner des risques anciens pour lesquels les mécanismes d'assurance ne permettaient aucun transfert de risque, ou des transferts partiels. « *L'innovation*

¹⁶⁶ « *La dépendance résulte d'aléas sur lesquels nous n'avons finalement que peu de maîtrise. Elle peut donc faire l'objet d'une couverture d'assurance par les mécanismes de marché traditionnels* ». D. KESSLER, « L'énigme de l'assurance dépendance », *Risques*, n°70, juin 2007, p. 60-65.

en assurance santé a longtemps souffert d'un positionnement 'derrière la sécurité sociale', accepté par l'ensemble des acteurs qui a structurellement limité les champs de différenciation des complémentaires et la prise en compte des véritables attentes des consommateurs en matière de santé »¹⁶⁷. Du point de vue des assureurs « il n'y a pas de fatalité à exprimer sa garantie en pourcentage du tarif de convention » (Ibid), d'autant qu'il y aurait une attente forte des assurés pour des « garanties » plus séduisantes sur des postes de dépenses de santé non ou mal couvertes par la Sécurité sociale. De plus en plus de complémentaires expriment leurs garanties optique ou dentaires en fonction des besoins et non en fonction des nomenclatures des régimes obligatoires.

- Empruntant la voie ouverte par la loi de réforme de l'assurance maladie imposant de prendre en charge deux actes de prévention par an dans le cadre des contrats responsables, certains assureurs ont proposé des produits « originaux ». En décembre 2005, Maaf Assurances avait noué un partenariat avec Unilever autour d'une margarine censée réduire le mauvais cholestérol ; le geste commercial consistait à accorder une ristourne de 40€ sur la prime annuelle contre preuve d'achat. De leur côté, les AGF lançaient une campagne similaire sur le Danone ; le geste commercial consistait à rembourser aux assurés le montant de leurs trois premiers mois de consommation. Fortement contestés, ces produits « innovants » ont été retirés, mais la prévention constitue indéniablement une voie de recherche pour trouver des relais aux garanties traditionnelles. Ainsi, AXA propose sur son site Internet des tests gratuits pour évaluer la dépendance tabagique ou les habitudes alimentaires et propose des séances, payantes, de *coaching*.

- L'innovation peut chercher à anticiper/répondre aux préférences des assurés en faveur de formules « packagées » santé-prévoyance-retraite – la recherche d'un guichet unique étant motivée par la diminution des coûts d'information et de transaction – ou de formules personnalisées (cafétéria plan) plutôt destinées aux contrats collectifs. La voie est ici celle de la diversification des prestations – c'est-à-dire du morcellement de l'offre et de l'individualisation des contrats – par laquelle il s'agit moins de vendre des produits que des solutions dédiées à des clients bien identifiés.

L'ensemble de ces solutions participe clairement d'une logique de différenciation qui amène les opérateurs à rechercher les produits les plus originaux ou les plus performants. Mais l'innovation peut également moins porter sur les garanties offertes que les mécanismes de couverture et le prix de cette dernière.

Certaines prestations ne sont pas ou très peu couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Or elles donnent lieu à des restes à charge élevés pour certaines catégories de population. Certaines mutuelles se placent sur ce segment de population, en proposant des produits spécifiques (cas de la mutuelle Ionis pour les maladies rares). Il n'est pas exclu de voir se développer des mutuelles ou assurances s'intéressant à des segments de population à haut risque, comme les personnes âgées. Dans ce cas, c'est le volume des personnes couvertes qui permet d'équilibrer le régime.

ii. *Low cost* et franchise pré-payée

Dans les deux cas, la cible est celle des faibles consommateurs qui souhaitent avoir accès à des produits adaptés. Présentés par leurs promoteurs comme relevant du souci d'apporter des solutions au plus près des préférences des consommateurs-assurés, ces produits participent, dans un logique pure d'économie assurantielle, de la volonté de ne pas voir partir les « bons risques ». Pour étayer ce point d'analyse, le cabinet de conseil JALMA avance quatre arguments¹⁶⁸ :

¹⁶⁷ M. BINST, « Innovation en assurance santé : un nouveau souffle », *Risques*, n° 70, juin 2007, p. 83-86.

¹⁶⁸ JALMA, sous la direction de M. MATALLAH « *Panorama de l'assurance santé 2007* », Paris : Jalma, 2007.

1. La consommation de soins est fortement concentrée : le 1/3 des assurés qui consomment le moins, consomme 10 fois moins que les 2/3 restants. La consommation des forts consommateurs augmente 5 fois plus vite que celle des faibles consommateurs. Or l'augmentation forte des cotisations a été répartie de façon uniforme.
2. Le discours « toujours plus » est un discours dans lequel les gens se reconnaissent de moins en moins.
3. L'assurance santé (à la différence de l'assurance automobile ou habitation) n'est pas obligatoire : l'individu peut effectuer un arbitrage coût/utilité.
4. L'assurance santé ne couvre pas toujours un aléa (l'occurrence d'un épisode morbide non prévu) et l'intervention financière du patient est complémentaire de celle de la Sécurité sociale.

Ces quatre facteurs se conjuguent pour alimenter le discours « *Je peux vivre sans complémentaire santé* »¹⁶⁹. Les désaffiliations qu'il peut entraîner ne sont pas sans conséquences pour les assureurs. De façon évidente, l'impact le plus certain serait un déséquilibre des portefeuilles : le rapport sus-cité estime que le départ des 3 premiers déciles d'un portefeuille entraînerait une augmentation de près de 40% des cotisations des assurés restants. Descente en gamme et franchise pré-payée peuvent dès lors constituer des parades intéressantes pour maintenir les « faibles risques » dans le portefeuille tout en les incitant à adopter des comportements vertueux.

Le produit commercialisé par la société d'assurance Swiss Life sous le nom « les Astucieuses » vise la tranche d'âge des 20-40 ans, faibles consommateurs. Il leur propose des contrats qui conservent les garanties essentielles en contrepartie d'un renoncement au remboursement de certains médicaments, dits de confort, et à certains services comme le tiers payant ou l'assistance.¹⁷⁰ Ce profilage permet de diminuer de façon sensible les primes (d'où le terme *low cost*).

Si ces produits visent les petits budgets, la franchise pré-payée cible quant à elle « *les personnes qui consomment peu mais qui, risquophobes, souhaitent se protéger et garder une complémentaire santé* ».¹⁷¹ Lancée par le groupe France Mutuelle en 1987 de façon confidentielle, elle est diffusée aujourd'hui par MMA sous le terme de garantie « double effet ». Le principe est celui de la rétrocession partielle de la prime à l'assuré en cas de non/faible demande de remboursement. La contrepartie est une mise plus importante que celle d'un contrat classique : la surprime. S'il consomme peu, l'assuré se verra restituer une partie de sa prime, s'il a beaucoup consommé, il sera remboursé à hauteur des garanties achetées, mais il aura payé plus cher sa couverture. Le consommateur, rationnel, fait le pari que sa consommation sera peu élevée, ce qui fait qu'il accepte de payer une prime élevée, mais en cas d'occurrence du risque, il ne s'interdit pas de consommer, à la différence d'un acheteur de *low cost* qui pourra être exposé à un reste à charge important. C'est une stratégie « gagnant-gagnant » puisque pour les opérateurs, elle constitue un substitut efficace à la surenchère sur les garanties et protège l'équilibre des portefeuilles entre les petits et forts consommateurs.

Les stratégies de segmentation ainsi construites à partir du niveau de consommation et du degré d'aversion au risque peuvent être étendues vers le haut de gamme : le produit Excellence développé par les AGF (vite retiré du marché), sorte de « coupe-file » permettant l'accès aux meilleurs médecins, s'était inscrit, de façon extrême, dans cette logique. Ce sont des stratégies

¹⁶⁹ Cf. E. LEROUX « Vivre tranquille sans complémentaire santé », *Le Monde l'Argent*, 18 novembre 2007.

¹⁷⁰ I. DEMAÏLLY « Les complémentaires tentées par le low cost », *La Tribune de l'Assurance*, n°113, juin 2007.

¹⁷¹ JALMA, *op. cit.*

qui sont clairement revendiquées par certains opérateurs : « *La santé est devenue un bien de consommation comme un autre. Chacun doit pouvoir choisir la manière dont il désire être couvert et le budget qu'il souhaite y consacrer (...) C'est un vrai phénomène de société : aux assureurs santé de l'accompagner. Pourquoi une personne devrait-elle payer pour des soins qu'elle n'utilise pas ? Nous allons donc restructurer notre offre en fonction des besoins de chacun, de ses besoins, de ses comportements et de ses moyens financiers* ». ¹⁷² L'encadré ci-après illustre la stratification des portefeuilles qui pourrait en résulter (Cf. page suivante).

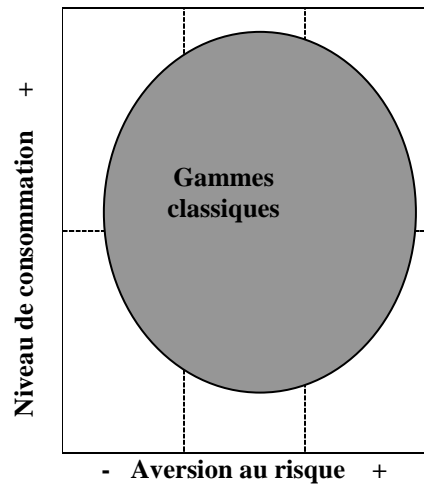
Ces stratégies ne sont cependant pas sans effets pervers : poussées trop loin, elle pourrait conduire à des niveaux de primes au-delà de la capacité à payer des consommateurs ayant des risques élevés, notamment les personnes âgées.

La volonté d'infléchir les comportements n'est pas absente de ces pratiques de segmentation mais elle est plus clairement centrale dans les produits développés par les acteurs mutualistes et destinés aux populations à revenus modestes mais non éligibles aux dispositifs CMU-C ou d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'idée est d'offrir à l'assuré une bonne couverture à un prix raisonnable à condition de respecter le parcours de soins, de payer le reste à charge sur les médicaments à vignette bleue : en dehors de ces conditions, il bénéficie des services habituels. Dans cet esprit, le produit Ethik'éo lancé par le groupe mutualiste Eovie est accompagné de la signature d'une charte d'engagement sur un comportement responsable. ¹⁷³

En tout état de cause, les « nouveaux » produits référencés ci-dessus, qui segmentent, qui responsabilisent, qui sont éventuellement portés par un marketing générationnel, posent aujourd'hui des problèmes de distribution aux opérateurs, certains produits présentés comme très « innovants » sont restés à l'état de « coups médiatiques ». Les autres tentatives restent encore des produits de niche.

¹⁷² J. GUÉNIAU (*Swiss Life*), in *l'Argus de l'Assurance*.

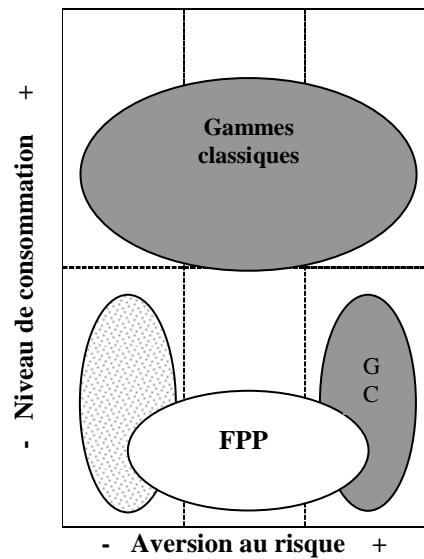
¹⁷³ I. DEMAÏLLY, *op. cit.*



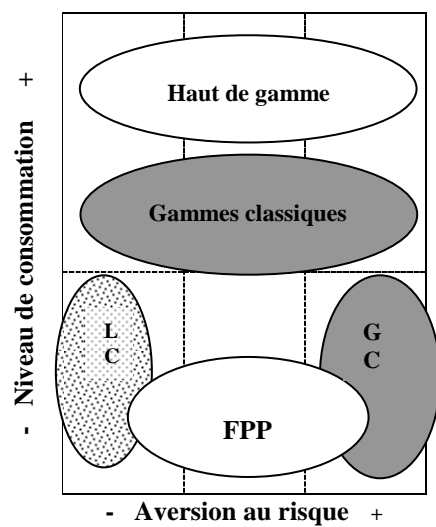
Encadré : Des stratégies de segmentation possibles

Source : JALMA in *Panorama de l'assurance santé 2007*

A. Situation actuelle : faible ou non-différenciation des produits quel que soit le niveau de consommation ou le degré d'aversion au risque des assurés. Les opérateurs se positionnent sur des gammes classiques



B. Changement apporté par les produits *low cost* et la franchise pré-payée.



C. Futur ?
Poursuite de la segmentation des portefeuilles et élaboration de produits hauts de gamme spécifiques.

c) La concurrence sur les services

Celle-ci suppose que les offreurs soient capables de différencier leurs productions non pas directement sur le produit mais sur un ensemble de prestations périphériques valorisées par les consommateurs.

L'innovation « service » renvoie à la fourniture de services annexes : assistance, tiers-payant, paiement rapide, plates-formes téléphoniques, réseaux de professionnels de santé. Pour fidéliser, les assureurs complémentaires cherchent à personnaliser les relations avec les affiliés. Les plates-formes téléphoniques couplées à un réseau de professionnels de santé accrédités par l'assureur constituent les pierres angulaires de ces nouvelles stratégies.

L'idée est de répondre aux questions des assurés (en matière de devis) pour les orienter vers des prestataires sélectionnés qui s'engagent sur des tarifs et des normes de qualité. L'idée est que si le prix demandé à l'assuré semble trop élevé, la plate-forme peut négocier à la baisse le prix demandé par le praticien, ou orienter le patient vers un membre de réseau qui consentira des prix inférieurs. Les plates-formes reposent donc sur la constitution de bases de données tarifaires en fonction de l'équipement, de la nature de l'intervention et de la région, jouant le rôle de référentiel des prix du marché. Le problème posé est celui des « normes de qualité ». Les ordres professionnels interdisent aux centrales d'achat (ce qu'est *in fine* plate-forme téléphonique) toute sélection par la qualité. Entre innovation de service (l'accueil des assurés a en effet été bon pour ce qui concerne l'analyse des devis dentaires et optiques) et gestion du risque, cette forme d'intermédiation dans la consommation de soins trouve des freins évidents du côté des professionnels de santé.

2.2.3. Les stratégies des opérateurs sur le marché collectif : de la concurrence au partenariat

a) Un marché plus « conservateur » et à croissance plus lente

Si sur le segment individuel de l'assurance complémentaire santé, les différentes modalités de concurrence existent, les stratégies innovantes sont moins aisées à mettre en œuvre sur le marché du collectif, traditionnellement plus conservateur. Le contexte réglementaire, notamment le cadre socio-fiscal qui avantage plutôt le contrat obligatoire, formaté par le respect d'un ensemble de contraintes, n'autorise pas la segmentation fine des populations et limite par conséquent la concurrence que pourrait se livrer les opérateurs sur les produits « innovants » évoqués ci-dessus. Ceux-ci peuvent néanmoins intéresser les entreprises soucieuses de maintenir le caractère facultatif de la prévoyance santé, ou soucieuses de développer des sur-complémentaires et/ou de proposer des contrats optionnels.

Des éléments de prospective manquent pour cerner précisément l'évolution, quantitative et qualitative, du segment collectif.

Très certainement, la part de l'obligatoire va augmenter mais il est trop tôt pour apprécier dans quelle mesure la révision des contrats d'entreprise suscitée par l'adaptation aux réformes de 2003 et 2004 impactera les positions de marché.¹⁷⁴ Jusqu'à présent, coexistait un marché à faible volatilité, constitué plutôt des PME des secteurs traditionnels, et un marché-cible, prioritaire pour les opérateurs qui est celui des grandes entreprises tenues, tous les cinq ans, d'interroger le marché, sans pour autant toutefois que cette remise sur le marché constitue toujours de réelles remises en concurrence (sauf événement important, beaucoup de contrats étaient reconduits). Si la concurrence sur le collectif est appelée à se développer, c'est a priori plutôt sur la cible des (très) petites et moyennes entreprises.

¹⁷⁴ Les résultats de notre étude montrent que la tendance est bien celle de la transformation des contrats facultatifs en contrats obligatoires (*cf. infra*).

Lors de la dernière mandature, les partenaires sociaux avaient été invités à ouvrir des négociations en vue de l'élaboration d'un accord national interprofessionnel qui aurait conduit à rendre obligatoire dans l'ensemble des branches non couvertes, un dispositif d'assurance santé complémentaire. A la clef de cette initiative, il y avait un marché important puisque le nombre de branches de plus de 5000 salariés n'ayant pas de dispositions conventionnelles portant sur la complémentaire santé était estimé à 140.¹⁷⁵ Cette initiative qui n'a pas abouti avant l'installation du nouveau gouvernement, fut diversement appréciée : « non prioritaire » pour FO, « obligation inopportune » pour la CGPME, « l'objectif de généralisation exige une réponse plus globale » pour la CFDT.¹⁷⁶ Cette « fraîcheur » réservée à l'initiative gouvernementale ne faisait que renvoyer à la difficulté, historique, pour la santé à être intégrée dans un cadre conventionnel, quand bien même face aux désengagements de la Sécurité sociale qui ont tendance à renchérir le coût des couvertures individuelles, les couvertures collectives peuvent afficher d'indéniables avantages comparatifs.

Au total, on peut considérer que la croissance sur le marché de la prévoyance collective sera plus lente que sur le segment individuel dont la croissance sera, comme nous l'avons vu, essentiellement portée par le vieillissement de la population, or cette population n'est pas ou peu ou plus accessible via les contrats collectifs.¹⁷⁷ Si à moyen et long terme, les leviers de la croissance reposeront sur l'adaptation de l'offre, dans le court terme ce sont plutôt des stratégies de consolidation des positions acquises et des stratégies de conquête du marché des petites entreprises qui sont susceptibles d'être mises en œuvre par les différents opérateurs. Le développement des différents opérateurs intervenant sur le marché dépendra de leur capacité à être référencés dans les conventions collectives, de façon à conforter leur position et à conquérir des parts de marché.

De ce point de vue, la qualité des réseaux de distribution et le développement des capacités de gestion (pilotage et gestion du risque) paraissent être des atouts compétitifs clefs.

b) Les stratégies de distribution et la recherche de partenariats : un double décloisonnement

i. Les institutions de prévoyance et les mutuelles

A la différence des assureurs qui s'appuient sur des réseaux de distribution diversifiés, les Institutions de prévoyance et les mutuelles ont axé leur développement sur une stratégie « mono-canal ». Les institutions de prévoyance s'appuient sur une force de vente interne : les conseillers commerciaux. Leur mission est de concrétiser les avantages liés à la procédure de « désignation » ainsi qu'aux relations privilégiées que les IP entretiennent avec les partenaires sociaux, via les Caisses de retraite. Les mutuelles du Code de la Mutualité procèdent également de la même démarche, en désignant des conseillers commerciaux pour être les interlocuteurs privilégiés de ces partenaires sociaux, en particulier les syndicats, qui restent sensibles à l'esprit mutualiste.

Ce schéma est mis à l'épreuve des stratégies nouvelles de marché. En effet, cherchant à élargir leur domaine d'intervention en essayant de pénétrer le marché des PME et celui encore peu exploité des très petites entreprises (TPE), il faut aux différents opérateurs bâtir une stratégie commerciale adaptée à cette cible. Pour les IP et les mutuelles, celle-ci s'oriente vers un plus grand recours au courtage, qui est donc appelé à se renforcer. Pour les IP, la recherche de partenariats avec les mutuelles, compte tenu de la bonne image qu'ont ces dernières auprès des

¹⁷⁵ Document d'orientation remis le 6 février 2007, par G. Larcher, ministre délégué au Travail, lors de la tenue de la commission nationale de la négociation collective.

¹⁷⁶ « Faut-il généraliser la collective santé ? », *Protection Sociale Informations*, n° 574, 24 janvier 2007.

¹⁷⁷ Nous le verrons plus bas à l'examen des entreprises enquêtées.

TPE peut constituer une stratégie payante. L'objectif est d'aborder le marché sur un plan individuel, avant de fermer le groupe dans le cadre d'un contrat collectif. Cette stratégie partenariale peut converger avec les besoins des mutuelles.

Spécialisées dans l'assurance santé, les mutuelles souffrent d'une faiblesse commerciale majeure, liée à leur positionnement « mono-produit ». En effet, en dépit de leurs relations privilégiées avec les comités d'entreprises, elles sont pénalisées par l'absence d'un « guichet unique » qui leur permette de répondre à l'intégralité des besoins des entreprises en matière de protection sociale complémentaire. L'offre de produits packagés semble en effet être considérée par les opérateurs comme répondant à une attente forte des entreprises et de leurs salariés. Dans cette perspective, les mutuelles ont mis en place deux types d'alliances. Le premier, interne à la famille, est guidé par une logique d'élargissement de la surface financière afin de répondre aux nouvelles exigences en matière de solvabilité. Le deuxième doit leur permettre d'acquérir les compétences techniques et opérationnelles pour compléter leur offre en santé par des produits prévoyance ou retraite. Cette stratégie a mené à la création en septembre 2007 à l'alliance de l'UNPMF avec les 7 principaux groupes mutualistes interprofessionnels¹⁷⁸ dans le but de constituer un groupe de coassurance en capacité de s'attaquer prioritairement aux entreprises et aux branches professionnelles de plus de 3.000 salariés. Cette stratégie de positionnement sur un marché nouveau, passe toutefois plus par des alliances externes avec les institutions de prévoyance. Cette alliance stratégique est en effet théoriquement séduisante, dans la mesure où elle recèle de réelles synergies commerciales. Les grands groupes paritaires sont prépondérants dans la prévoyance lourde des cadres, tandis que les mutuelles sont bien positionnées sur le segment de la santé, notamment auprès des comités d'entreprises. Pas faciles à faire vivre¹⁷⁹ ces regroupements semblent inéluctables.

Au-delà de ces rapprochements, les mutuelles et les institutions de prévoyance continuent de s'appuyer en priorité sur leurs forces internes pour commercialiser leurs produits d'assurance collective. Néanmoins, leur stratégie de distribution est aujourd'hui marquée par une ouverture plus large vers les intermédiaires, en particulier les courtiers. Cette évolution est fondée sur une convergence d'intérêts, qui commence à se dessiner entre les deux protagonistes. Les institutions de prévoyance et les mutuelles auront en effet besoin des courtiers pour accéder au marché des TPE. Parallèlement, ces derniers réalisent de plus en plus tout le bénéfice que peut leur procurer une ouverture vers l'économie sociale, dans un contexte où le nombre d'assureurs actifs a tendance à se rétrécir. Par ailleurs, dans les plus grandes entreprises, les courtiers ont tendance à se positionner de plus en plus fréquemment comme conseillers dans le cadre des discussions avec les partenaires sociaux lors de la mise en place d'accords collectifs. La pratique du courtage est enfin une pratique courante dans les très grandes entreprises.¹⁸⁰

ii. Les sociétés d'assurances

Contrairement aux mutuelles et aux institutions de prévoyance, et à l'exception des bancassureurs qui s'appuient sur les guichets de leur maison-mère, les autres assureurs relevant du code des assurances ont adopté une stratégie « multi-canal » pour distribuer leurs produits d'assurance collective de personnes. Cette distinction tient à la fois à des raisons historiques et à leur vocation d'assureurs généralistes. En effet, outre les assurances de personnes, les assureurs pratiquent également les assurances de dommages aux biens et de responsabilité dont la distribution est confiée pour une large part à des intermédiaires (agents et courtiers).

¹⁷⁸ ADREA, EOVI, FMP, Harmonie Mutualité, Ociane, Previaidies, Santévie. *L'Argus de l'assurance*, 21 septembre 2007, n° 7040.

¹⁷⁹ E. CANIARD, C. MEYER-MEURET « L'assurance maladie complémentaire dans la régulation : vers un modèle coopératif ? », *Revue d'Économie Financière*, 2004, n° 76.

¹⁸⁰ S. CHARON « Mutuelles et IP, des partenaires d'un nouveau type », *L'argus de l'assurance*, n° 7044, 19 octobre 2007.

Cette diversification doit cependant être relativisée, dans la mesure où le recours aux intermédiaires est moins prononcé pour la distribution des contrats collectifs de personnes qu'il ne l'est pour les produits dommages. De plus, le poids de l'intermédiation varie sensiblement, non seulement selon les garanties proposées mais aussi d'une compagnie à l'autre.

D'une manière générale, les assureurs transitent par les intermédiaires principalement pour la distribution de leurs produits santé/prévoyance, et font appel essentiellement aux courtiers, plus rarement aux agents. Ainsi, près des deux tiers des produits santé/prévoyance sont confiés à des intermédiaires, contre une moyenne de 25% pour les produits retraite.

A l'exception de la retraite, ce sont les courtiers qui sont les interlocuteurs privilégiés des assureurs, puisque leur part est souvent supérieure à 50% des affaires, tandis que celle des agents dépasse rarement les 10%.

L'efficacité commerciale des assureurs dans le domaine des assurances collectives de personnes a été sensiblement affectée au cours de ces dernières années. Outre des problèmes de compétitivité, liés dans une large mesure à des conditions de concurrence inégales, deux raisons importantes ont contribué à cette perte de vitesse sur le plan commercial :

- suite aux mouvements de fusions/acquisitions qu'a connues le secteur, la plupart des groupes ainsi formés se sont trouvés confrontés à la difficulté de donner une cohérence d'ensemble à des réseaux d'horizons et de culture différents. Ils se sont donc attachés en priorité à l'aspect organisationnel au détriment de l'efficacité commerciale, ce qui s'est traduit par des pertes de parts de marché

- certains grands assureurs ont par ailleurs soutenu ou proposé des projets d'inspiration libérale, ce qui a contribué à compromettre leur image auprès des partenaires sociaux.

Cette situation devrait cependant évoluer au cours des prochaines années. En effet, maintenant que les grandes fusions sont « digérées » et que les assureurs sont en mesure de remobiliser leurs réseaux, dans un contexte marqué par des conditions de concurrence rééquilibrées, les assureurs traditionnels chercheront à reconquérir voire à renforcer leurs positions dans le marché des assurances collectives de personnes.

Conclusion

Le marché de la protection sociale complémentaire est un marché extrêmement dynamique, notamment sur ses volets assurance santé et retraite supplémentaire. Les trois familles traditionnelles d'opérateurs continuent de se partager ce marché même si elles sont contestées par de nouveaux entrants comme la bancassurance. La quasi-disparition des barrières à l'entrée exacerbe en effet la concurrence sur un marché qui a connu et qui connaîtra une forte croissance, corrélée aux désengagements de la couverture de base de base et amplifiée par le jeu propre de facteurs structurels (structure démographique de la population, évolution technologique).

Le mouvement de concentration observé au cours des dernières années est motivé par la recherche de taille critique. S'il n'exprime pas qu'une intensification de la pression concurrentielle, puisqu'il est également la réponse des opérateurs aux contraintes imposées par le législateur (règles prudentielles et de solvabilité), il constitue un premier vecteur de la transformation du marché. Ce mouvement de concentration repose non seulement sur le regroupement physique des entités à la recherche d'économies d'échelle et de fonds propres, mais aussi sur la constitution, à partir d'alliances inter-familles, de groupes de protection sociale en quête d'effets de gamme : les institutions de prévoyance sont ainsi généralement réassurées

par les grandes compagnies d'assurance ; par ailleurs, tant les compagnies d'assurance que les institutions de prévoyance peuvent créer des mutuelles. La rationalisation des réseaux de distribution constitue ici le nerf de la guerre.

Le marché de la complémentaire santé illustre bien les enjeux de l'émergence d'un nouveau régime de concurrence. Dans un contexte concurrentiel, où un bon niveau de couverture (du moins en quantité) rend la conquête de nouveaux marchés aléatoire – paradoxalement, l'extension de l'offre d'assurance au risque dépendance peine à entrer dans les stratégies des opérateurs –, tirer partie d'une croissance soutenue suppose que les opérateurs soient capables de fidéliser leurs clients et de prendre des parts de marchés à leurs concurrents. De ce point de vue, la concurrence prix n'est pas la seule modalité de concurrence. Elle se combine avec des modalités de concurrence sur les produits et sur les services. L'innovation sur les produits (qui suppose une force de marketing) est toutefois limitée par la contrainte qu'exerce le cadre réglementaire, notamment le contrat responsable, et qui offre peu de marges de différenciation pour les offreurs. L'innovation dans le domaine des mécanismes de couverture (franchise pré-payée) ou l'innovation dans les services liés (plates-formes téléphoniques) semblent être des voies de positionnement stratégique plus prometteuses. Leur diffusion soulèvent cependant des questions de fond : quel est l'avenir de la mutualisation sur laquelle reposent les fondamentaux de l'assurance santé ? Une organisation concurrentielle de l'assurance est-elle plus à même de promouvoir des innovations économiquement efficaces ?

Les innovations et les « primes » qui leur sont liées concernent plus l'assurance individuelle que l'assurance collective. A la différence de l'assurance individuelle dont la croissance à venir sera fortement tirée par le vieillissement de la population, l'assurance collective constitue un marché « suiveur » des évolutions réglementaires ; le cadre législatif est une opportunité et surtout un accélérateur de croissance notamment lorsque le levier fiscal est en jeu. La conquête du marché des petites et moyennes entreprises constitue un objectif concurrentiellement poursuivi par les différents intervenants. Au regard des marchés traditionnels de la grande entreprise, l'accès aux petites unités suppose un effort particulier de distribution. Son amélioration est un vecteur crucial des recompositions observées, qu'elles prennent la forme de fusions-acquisitions ou de partenariats qui dessinent aujourd'hui les architectures complexes des groupes engagés dans la protection sociale complémentaire collective.

Chapitre 4

La protection sociale complémentaire dans la négociation collective

L'Etat ne détient pas le monopole de la production des normes sociales. La Constitution de 1946 dans son préambule et l'article L 131-1 du Code du travail reconnaissent aux salariés le droit de négocier conditions de travail et garanties sociales par l'intermédiaire de leurs représentants. La loi encadre néanmoins la production de cette source du droit, le cadre législatif de la négociation collective étant en effet très précis. Ainsi, la loi impose un principe de mieux-disant social en hiérarchisant les niveaux de la négociation et établit une distinction entre convention collective et accord collectif. Points qu'il convient de préciser.

Les conventions et accords collectifs ne peuvent contenir que des dispositions plus favorables aux lois en vigueur. La loi ne constitue donc qu'une sorte de protection minimale, les partenaires sociaux sont libres d'en améliorer le contenu par la négociation. Pour éviter des conflits entre les niveaux de négociations (interprofessionnel, branche, entreprise, établissement) un principe de hiérarchie des normes a été mis en place, principe qui stipule, comme le rappelle A. Jobert qu'« *un texte inférieur ne peut modifier un texte supérieur qu'en l'améliorant et, en cas de litige, les juges choisiront la norme qui est la plus favorable au salarié (principe de faveur)* »¹⁸¹.

Convention collective et accord collectif sont soigneusement distingués. La convention collective est un accord entre salariés et employeurs traitant de l'ensemble des conditions de travail. On parle alors de convention collective de branche. L'accord collectif ne traite quant à lui que de points particuliers et peut être négocié au niveau de la branche ou d'une entreprise. Afin d'unifier les conditions de travail des salariés d'une branche donnée, les pouvoirs publics peuvent décider de rendre l'application de la convention ou de l'accord collectif obligatoire. On parle alors de procédure d'extension.

Au-delà de ce cadre général, les pouvoirs publics sont régulièrement intervenus pour encourager le dialogue entre partenaires sociaux. Ainsi, la loi du 13 novembre 1982, dite loi Auroux, oblige à négocier périodiquement, sans obligation de conclure :

- au niveau de la branche, la loi prescrit des négociations quinquennales pour les classifications, annuelles pour la détermination des salaires minimaux par catégorie ;

- au niveau de l'entreprise, la loi oblige à une négociation annuelle sur les salaires, la durée et l'organisation du temps de travail.

Si historiquement la branche est l'institution centrale de la régulation professionnelle, la négociation d'entreprise a pris de l'importance ces dernières années, encouragée par l'Etat via la mise en place d'exceptions légales (1) ou l'extension des thèmes avec obligation de négocier (2).

(1) Le champ traditionnel de la négociation d'entreprise concerne principalement les entreprises de plus de 20 salariés (seuil légal qui implique la présence de délégués du personnel, le seuil étant de 50 salariés pour la présence de délégués syndicaux)¹⁸². Or près de 90% des entreprises

¹⁸¹ A. JOBERT (2000), « *Les espaces de la négociation collective* », Toulouse : Octares, p. 47.

¹⁸² En effet, la négociation d'entreprise suppose plusieurs rencontres formalisées entre l'employeur et les délégués syndicaux désignés par les représentations syndicales représentatives. Pour les entreprises de

ont moins de 20 salariés¹⁸³. Les autorités publiques ont donc aménagé des exceptions légales au cadre de la négociation d'entreprise afin de favoriser la négociation dans les petites entreprises. Ainsi la loi du 12 décembre 1996 (dite loi Robien) et celle du 19 février 2001 (dite loi Fabius) ont permis la signature d'accords par des représentants élus du personnel ou des salariés mandatés temporairement par les organisations syndicales. La loi du 4 mai 2004 a étendu les thèmes pouvant relever de ces modes dérogatoires de négociation lorsqu'un accord de branche l'autorise. En outre, cette loi ouvre une brèche sur le principe de hiérarchie des normes évoqué plus haut, En effet, elle autorise des accords d'entreprise à déroger à un accord de branche à l'exception de quatre domaines : salaires minima, classifications professionnelles, garanties collectives en matière de protection sociale complémentaire, mutualisation des fonds destinés à la formation professionnelle. Si pour le moment cette possibilité est peu utilisée¹⁸⁴, elle renforce les interrogations de Jobert¹⁸⁵ sur la complémentarité ou la concurrence des accords de branche et d'entreprise.

(2) En 2001, aux thèmes déjà existants a été ajouté le thème de l'égalité professionnelle (renforcé en 2006 en ce qui concerne l'égalité salariale entre hommes et femmes) avec obligation de négocier. S'y est adjoint en 2005 le thème de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Au-delà de ces obligations légales, l'Etat incite à la négociation d'entreprise par la mise en place d'avantages socio-fiscaux. Les lois Aubry (1998 et 2000) sur le temps de travail et Fabius sur l'épargne salariale (2001), relevant de cette logique, cherchent à développer les négociations sur ces thèmes, y compris au sien des petites entreprises.

Sous l'effet de ces différents aménagements, la négociation collective de branche et d'entreprise a connu un essor important ces dernières années. Parmi les thèmes négociés, d'autres facteurs institutionnels précédemment rappelés (*cf. supra, chapitre 3*) ont concouru à faire du thème de la protection sociale complémentaire un thème en progression.

C'est dans ce contexte d'évolution de la réglementation au cours des années 1990 et 2000 que l'on va chercher à saisir les spécificités de la négociation collective sur le thème de la protection sociale complémentaire. Après avoir présenté le bilan des évolutions au niveau de la négociation de branche en nous appuyant sur la documentation disponible (*section 1*), nous analyserons plus particulièrement la négociation d'entreprise à partir de l'exploitation de la base de données DARES regroupant les accords d'entreprises signés entre 1994 et 2005 (*section 2*). Notre objectif sera de donner un éclairage sur la montée en puissance du thème de la protection sociale complémentaire (PSC) avant d'analyser ses spécificités : caractéristiques de la négociation sur le thème de la protection sociale complémentaire au regard des autres thèmes.

Section 1. PSC et négociation de branche

La branche est reconnue comme une catégorie du droit du travail depuis la loi du 24 juin 1936 qui fait référence à la branche d'industrie et de commerce comme cadre de négociation des conventions collectives susceptibles d'extension (c'est-à-dire celles qui s'imposent à tous les

plus de 20 salariés, les organisations syndicales peuvent désigner comme délégué syndical un délégué du personnel.

¹⁸³ D'après des chiffres de l'UNEDIC, [http:// info.assedic.fr](http://info.assedic.fr)

¹⁸⁴ Voir notamment sur ce point le rapport d'A. JOBERT et J. SAGLIO (Dir.) (2005), « *La mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 mai 2004 permettant aux entreprises de déroger aux accords de branche* », Rapport pour la Direction des Relations du Travail, Ministère de l'Emploi du Travail et de la Cohésion Sociale, Mai.

¹⁸⁵ A. JOBERT (2000), « *Les espaces ...* », *op.cit.*

employeurs d'un champ professionnel donné). Mais comme le note Jobert¹⁸⁶, la notion de branche n'est pas nécessairement l'aboutissement d'une construction logique. Plusieurs principes concourent simultanément à l'identification d'une branche : principe de solidarité, harmonisation de la concurrence, rationalisation, entre autres. C'est au bout du compte les acteurs eux-mêmes qui construisent un intérêt de branche et édifient sur cette base une action collective¹⁸⁷. La notion de branche conventionnelle est à distinguer de la notion de branche statistique plus objective (souvent appelée secteur), les facteurs objectifs s'effaçant derrière les « sentiments du milieu professionnel » pour définir la branche conventionnelle.

Après la dynamique de relance de la négociation collective en 1982, la négociation de branche a connu plusieurs phases d'évolution depuis les années 1990. En nous appuyant sur les bilans publiés chaque année par la DARES, nous résumerons rapidement ces phases (1.1) pour pouvoir ensuite situer le rythme propre d'évolution de la négociation de branche en matière de protection sociale complémentaire (1.2).

1.1. La dynamique de la négociation de branche

L'intensité, mesurée par le nombre d'accords signés au cours d'une année, et le contenu de la négociation collective de branche sur la période allant de 1991 à 2006 ont été marqués par quatre cycles quadriennaux distincts : un premier entre 1991 et 1995, le deuxième entre 1995 et 1999, le troisième entre 1999 et 2003, le dernier enfin entre 2003 et 2006.

Le début des années 90 est marqué par une nouvelle dynamique de la négociation collective de branche, dynamique qui s'accompagne du redéploiement des thèmes négociés et de la montée des thèmes non-salariaux. Du fait, entre autres, d'une mauvaise conjoncture économique qui a caractérisé les premières années de la décennie, les négociations sur les salaires ont été moins présentes au profit d'une réorientation vers des thèmes tels que la formation professionnelle, les classifications ou la retraite complémentaire et la prévoyance. Ainsi en 1993, la négociation « non-salariale » représente 48% de l'ensemble de la négociation de branche contre 37% en 1991¹⁸⁸. Cette tendance se poursuit jusqu'en 1995.

Après une baisse du nombre de textes négociés, l'année 1995 marque une relance de la négociation collective avec un retour à un schéma classique quant aux thèmes abordés : le nombre d'avenants salariaux retrouve ainsi son niveau de 1992 et la négociation, notamment sur le thème de la retraite complémentaire et de la prévoyance, est en baisse. Cette tendance se poursuit en 1996. L'année 1997 marque le retournement du cycle en termes de nombre d'accords conclus. Cette année là est également marquée par une divergence d'évolution entre la négociation de branche et la négociation d'entreprise, cette dernière étant en progression, alors que les évolutions étaient similaires les années antérieures. Si la loi du 13 juin 1998 sur l'orientation et l'incitation à la réduction du temps de travail est votée, ses effets ne se font sentir sur la négociation collective que l'année suivante.

L'année 1999 ouvre un nouveau cycle de négociation qui va être marqué par l'importance des accords signés sur le temps de travail. La hiérarchie entre thèmes est une nouvelle fois bouleversée, la question des salaires n'occupant plus sa place traditionnelle de premier thème

¹⁸⁶ A. JOBERT (2000), « *Les espaces ...* », *op. cit.*

¹⁸⁷ Revenant sur la construction du système de négociation collective de branche, JOBERT conclut : « *l'étendue des branches, l'inclusion de telle activité ou l'exclusion de telle autre ne sont pas principalement l'effet d'un déterminisme économique ou technologique mais naissent d'abord du jeu des acteurs et des ressources qu'ils mobilisent. [...] Les branches sont donc tout à la fois une catégorie juridique à la base des conventions collectives, une catégorie pratique pour les acteurs qui, dans cet espace vont définir leur projet, leur action et leurs rapports, une catégorie savante modelée par les statisticiens* », *ibid.* p. 38-40.

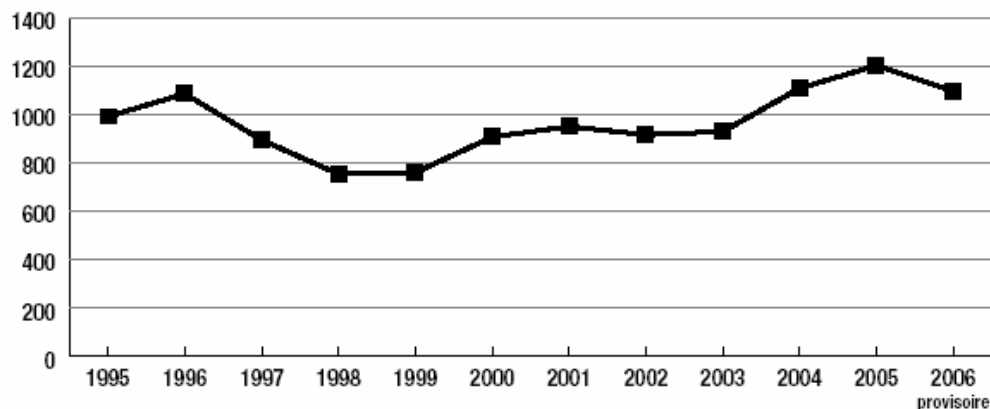
¹⁸⁸ *La négociation collective en 1993*, Bilans et Rapports, DRT, Paris : Editions législatives, p. 12.

négocié. Tandis que jusqu'en 2003, le nombre de textes négociés est à peu près constant, dès 2001, la négociation salariale et la négociation sur le thème de la retraite et la prévoyance redeviennent très présentes, avec le thème de la retraite et de la prévoyance qui se place en quatrième position dans la liste des thèmes abordés.

A partir de 2003, sous l'effet notamment des incitations des pouvoirs publics à négocier sur le thème des classifications ou de la formation professionnelle¹⁸⁹, le nombre d'accords signés repart à la hausse.

Le graphique 1 illustre les cycles d'évolution de la négociation de branche.

Graphique 1 : Nombre annuel d'accords de branche entre 1995 et 2006¹⁹⁰



Source : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement - DGT (BDCC).

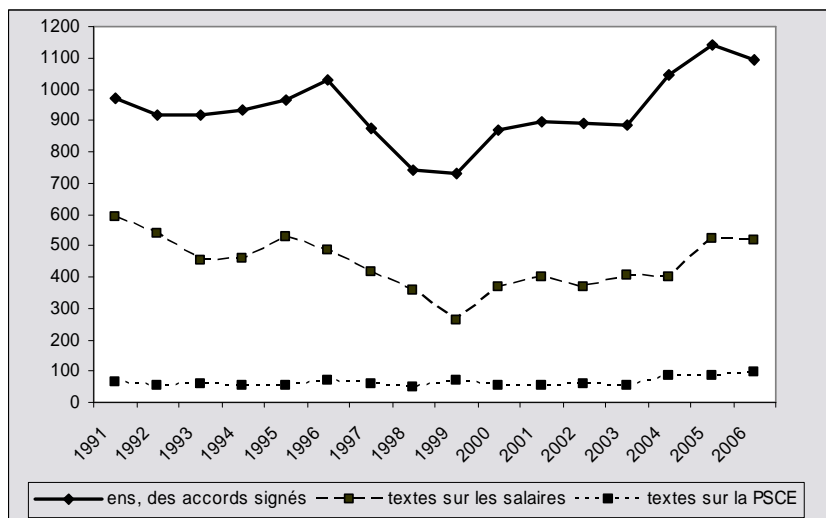
Au cours des quinze dernières années, le rythme global de la négociation collective de branche a été variable. La hiérarchie des thèmes négociés a elle-même évolué au fil de l'agenda des négociations et des priorités politiques affichées (réduction du temps de travail, formation professionnelle ...). Si certains thèmes ont donc connu une actualité variable, celui de la protection sociale complémentaire (PSC) a, en revanche, régulièrement progressé sur toute la période pour devenir le quatrième thème négocié (sur 21 thèmes distingués).

Le graphique 2 illustre cette relative constance des négociations de branche relevant de la PSC.

¹⁸⁹ Comme le note le rapport « *La négociation collective en 2005* » : « Un certain nombre de textes législatifs avait contribué au développement de la négociation collective sur des thèmes spécifiques, en créant de nouvelles obligations de négocier ou en élargissant le champ de la négociation collective à de nouveaux thèmes » (p. 26). On peut citer la loi du 4 mai 2004 incitant à la négociation sur la formation professionnelle ou l'incitation à la négociation sur la question des bas salaires.

¹⁹⁰ Graphique repris de *La négociation collective en 2006*, Bilans et Rapports, DRT, Paris : Editions législatives, p. 123.

Graphique 2 : Nombre d'accords signés sur la période 1991-2006 : ensemble des accords signés, accords sur les salaires et accords sur la PSC



Source : Bilans de la négociation collective de 1991 à 2006

On y constate en effet que l'évolution du nombre d'accords signés sur les salaires suit de près l'évolution générale, alors que l'évolution des accords sur la PSC témoigne d'une progression constante. Le poids de la PSC tend à croître sur la période s'inscrivant ainsi comme une donnée permanente de la négociation de branche.

1.2. Le thème de la protection sociale complémentaire dans la négociation de branche

En 2006, on constate que sur 700 branches professionnelles existantes (dont plus de 300 au niveau national) seules 181 sont dotées d'un accord de prévoyance¹⁹¹. Si l'on estime que les conventions collectives nationales (CCN) regroupent un peu plus de 2,6 millions d'entreprises embauchant au total 16 millions de salariés, alors un million d'entreprises seraient concernées par un volet prévoyance contenu dans une CCN (soit 38% des entreprises); en termes d'effectifs employés, cela concernerait près de 7 millions de salariés (soit 44%)¹⁹².

Comme cela a été rappelé dans l'introduction du rapport, la PSC étudiée ici concerne la prise en charge de risques sociaux hors système obligatoire. Le champ de la PSC couvre alors principalement la gestion des risques décès, incapacité de travail, invalidité, remboursement de frais de santé et, dans certain cas, la mise en place d'un régime de retraite supplémentaire. Dans la pratique, tous ces risques ne sont pas également couverts. La DAFSA estime en effet que plus de 80%¹⁹³ des accords signés relèvent d'un volet « prévoyance seule »¹⁹⁴ (i.e. hors contrat sur les frais de santé). C'est également un déséquilibre que l'on retrouve lorsque l'on examine le contenu des accords négociés en 2006, publiés par la DARES. Sur un total de 181 branches :

- 90 branches offrent au moins trois garanties « prévoyance seule » (soit près de 50% des accords signés),

¹⁹¹ Bilan de la négociation collective en 2006, Bilans et Rapports, DRT, Paris : Editions législatives, p. 234.

¹⁹² Estimation DFSA, Rapport DAFSA, décembre 2006, p. 28

¹⁹³ Ibid.

¹⁹⁴ On entend par « prévoyance seule » une couverture sur les risques mensualisation, décès, incapacité et invalidité.

- 22 branches offrent deux garanties « prévoyances seule »,
- seules 29 branches associent prévoyance et maladie (soit un peu plus de 16 % des accords signés),
- 4 ne proposent qu'une garantie maladie.

Sur toute la période d'étude (1991-2006), le contenu de la négociation de branche en matière de PSC n'a pas beaucoup évolué. On y retrouve deux tendances. La première concerne le type de garanties négociées. On trouve en premier lieu une négociation sur les garanties concernant le risque décès et en second lieu, le risque incapacité de travail. Viennent ensuite le risque invalidité, le risque retraite et enfin le risque santé. Cette hiérarchie n'a pas évolué au cours de ces quinze dernières années. La seconde tendance observable est que les accords signés visent principalement à aménager les accords ou conventions existants. Les négociations portent alors sur l'ajustement des taux de cotisation, le niveau de prestation ou le choix de l'organisme assureur.

Le rôle de la branche est théoriquement important pour mener des négociations sur le thème de la PSC. Comme le rappelle régulièrement le *Bilan de la négociation collective*, un accord négocié au niveau de la branche offre plus de facilité pour organiser une mutualisation des risques, cette mutualisation des risques étant plus difficile à organiser au niveau d'une entreprise ; ce niveau d'accord peut également permettre de réaliser des économies d'échelle et donc de proposer des accords à moindre coût ; enfin cela évite de mettre les entreprises d'une branche en concurrence pour attirer la main d'œuvre. En dépit de ces avantages de la négociation de branche, la négociation sur le thème de la PSC se situe principalement au niveau de l'entreprise. Une des principales raisons de ce déplacement de la négociation vient du fait que les mécanismes incitatifs au dialogue social se situent au niveau de l'entreprise.

Section 2. PSC et accords d'entreprises

Dans cette section, nous nous appuyerons sur les données de la base DARES des accords d'entreprises. Dans cette base sont enregistrés, chaque année depuis 1994, de façon exhaustive *a priori*, les textes déposés et leurs caractéristiques. La mise à disposition par la DRT (Direction des Relations de Travail), sur demande, depuis 2006 des informations ainsi recueillies offre l'opportunité d'approcher quantitativement et sur plusieurs années la négociation collective sur le thème de la PSC. D'autres sources d'information sont disponibles (Enquête Réponses et ACEMO), mais elles ne prennent pas en compte les très petites entreprises (moins de vingt salariés pour Réponses et moins de 10 salariés pour ACEMO) ni les entreprises du secteur agricole et non-marchand.

Après avoir présenté cette base, son contenu et ses limites (2.1), nous développerons nos résultats (2.2), puis nous esquisserons quelques pistes d'interprétation (2.3).

2.1. Les données analysées : la base DARES des accords d'entreprise

La base DARES des accords d'entreprise regroupe les accords déclarés par ces dernières entre 1994 et 2005. Cette base contient au total 244 502 textes d'accords déposés (cf. tableau 2).

Rendue publique en 2006, cette base constitue une source de données originales encore peu exploitée qui a l'avantage de recenser les accords signés dans les entreprises de moins de 10 salariés ce que ne permet pas par exemple l'enquête ACEMO. Après avoir présenté le mode de collecte des données (2.1.1), nous reviendrons sur les biais statistiques qui en découlent (2.1.2).

2.1.1 Les données recueillies dans la base DARES

Les lois Auroux de 1982 prévoient qu'un accord signé au niveau d'une entreprise doit obligatoirement faire l'objet d'un dépôt. Les textes doivent être déposés auprès des Directions Départementales du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP). La base DARES des accords d'entreprise est ainsi constituée des données collectées par les services départementaux de la DRT. Les données permettent d'identifier les entreprises ou les établissements signataires, leurs principales caractéristiques, comme l'effectif ou le secteur d'activité, mais aussi des éléments sur l'accord lui-même comme le type de texte signé (accord, avenant, dénonciation, désaccord), les thèmes sur lesquels ont porté la négociation ou le statut des signataires.

Liste des variables présentes dans la base DARES des accords d'entreprise :

Raison sociale de l'établissement ayant déposé le texte

Département de l'entreprise ou l'établissement

Numéro d'enregistrement attribué au texte dans la DDTEFP

N° SIRET (identifiant de l'établissement)

N° SIREN (identifiant entreprise)

Code NAF (secteur d'activité)

Mois de signature du texte

Année de signature du texte

Effectif salarié de l'unité signataire

Type de texte (accord, avenant, dénonciation, désaccord, adhésion, décision unilatérale, autres)

Unité signataire (établissement, entreprise, groupement d'entreprises, transnationaux, groupe)

Signataires du texte (Délégué syndical, Salariés mandatés, Représentants élus du personnel (DP ou CE), Délégation unique du personnel, Référendum au 2/3, Employeur seul)

Syndicats présents et signataires (CGT, CFDT, FO, CFE-CGC)

Thèmes négociés

- Salaires et primes
- Classification
- Réduction du Temps de Travail
- Temps de travail (différentes formes d'aménagement)
- Intéressement, participation, épargne salariale et prévoyance collective
- Emploi
- Mobilité géographique et professionnelle
- Formation professionnelle
- Égalité professionnelle

- Conditions travail
- Droit syndical / Institutions Représentatives du Personnel / Droit d'expression
- Commissions paritaires
- Représentation des salariés
- Calendrier des négociations
- Libellé du thème de l'accord saisi manuellement (texte libre)

Mise en place en 1994, cette base est à l'origine une source administrative. Non élaborée dans une logique de recherche, elle comporte un certain nombre de biais.

2.1.2 Questions méthodologiques liées au recueil des données

Il convient de mettre en évidence les biais issus du mode de collecte des données. Nous en avons identifié cinq principaux.

- Une base ne rassemblant que la partie émergée de la négociation collective

Si théoriquement le champ de l'enquête couvre l'ensemble des textes négociés pouvant faire l'objet de dépôt, en réalité, l'obligation de dépôt des accords n'est pas toujours respectée. C'est notamment le cas si la négociation n'a pas abouti à un accord.

Les accords recensés par les DDTEFP ne constituent donc pas une image exhaustive des négociations d'entreprises mais plutôt la partie formellement concrétisée de ces négociations.

Il est difficile d'estimer ce biais car il n'y a pas de contrôle systématique de l'obligation de dépôt.

- Une base administrative, non conçue avec une visée statistique

Cette base, à l'origine (en 1994) cherchait à recueillir de l'information plus dans une logique administrative que statistique. Il n'y a donc pas eu de méthodologie d'enregistrement clairement définie auprès des DDTEFP alors que la procédure légale du dépôt, bien qu'encadrée par décret, est longtemps restée ambiguë. Au bout du compte, les pratiques d'enregistrement ont pu diverger selon les DDTEFP. Autre problème, la liberté contractuelle laissée aux signataires fait que les textes déposés ne contiennent pas nécessairement toutes les informations nécessaires à son identification. Une partie des informations caractérisant les accords résulte donc d'un travail de lecture, d'analyse et de recherche effectué par les agents en charge de l'enregistrement à partir des documents qui leur sont remis et de recherches complémentaires. L'effort fourni pour compléter les informations manquantes, ainsi que les ressources humaines disponibles sont variables au sein des DDTEFP.

Tous ces éléments conduisent à des différences d'enregistrement et de comptabilisation des textes variables selon les départements. Là encore ce biais n'est pas contrôlable.

- Des changements dans le mode de collecte des données conduisant à des ruptures fréquentes

Si au cours des années 90, la procédure d'enregistrement a progressivement été informatisée permettant ainsi d'améliorer la remontée de données à des fins statistiques au niveau de l'administration centrale (DARES et DRT), cet outil informatique a cependant connu de nombreuses transformations. Cette discontinuité liée à l'outil de collecte engendre des problèmes d'homogénéisation des catégories d'informations saisies difficiles à apprécier.

Les évolutions majeures de l'application informatique ont eu lieu en 2000, 2002, 2005 :

- en 2000, accord et avenant sont distingués, la catégorie « dénonciation d'un accord passé » est également rajoutée ;
- en 2002, seul le SIRET est rempli lors de la saisie, la variable SIREN est donc reconstituée pour tous les accords ; c'est la variable unité signataire qui permet de connaître le niveau d'application de l'accord (établissement ou entreprise) ;
- en 2005, la catégorie « Adhésion à un accord » est rajoutée ainsi que la catégorie « Décision unilatérale de l'employeur ». Concernant cette dernière catégorie, les textes issus d'une décision unilatérale du chef d'entreprise ne sont pas toujours considérés comme relevant d'un accord collectif bien que cette possibilité ait été proposée par le législateur.

De manière plus générale, en 2005, le dispositif de collecte de l'information a été modifié. La nouvelle méthodologie utilisée permet une meilleure remontée de l'information en provenance des DRT (Directions Départementales du Travail). De ce fait, il est difficile de savoir si la progression du nombre d'accords signés en 2005 par rapport à 2004 relève de ce changement de méthodologie ou de la dynamique de la négociation d'entreprise. Selon les estimations du *Bilan de la négociation collective en 2005*, « l'augmentation réelle du nombre d'accords entre 2004 et 2005 se situe autour de 10% » alors que la progression des accords enregistrée est de 34 %.¹⁹⁵

- Le thème de la PSCE non distingué de « l'intéressement, participation, épargne salariale »

Pour les années 90, sont regroupés au sein du « thème 33 » tous les accords portant indistinctement soit sur l'intéressement, la participation et l'épargne salariale (thème 3), soit sur la prévoyance collective (thème 14), la décomposition entre les deux sous-groupes n'étant pas opérée avant 2005. La distinction entre « Intéressement, participation, épargne salariale » d'une part, et « Prévoyance collective » d'autre part, est introduite à partir de 2005.

Cette même année chaque groupe de thème est lui-même divisé en sous groupes.

Ainsi entre 1994 et 2005, l'entrée PSC se fait par le thème 33 (Intéressement, participation, épargne salariale et prévoyance collective). Ce thème se trouve décomposé en 2005 entre le thème 3 et le thème 14

Thème 3 = l'intéressement, la participation et l'épargne salariale où sont distingués en 2005 le thème

- 3a = PEE/PEI
- 3b = PERCO

Thème 14 = Prévoyance collective où sont distingués en 2005 le thème

- 14a = prévoyance au sens strict (maladie, décès, invalidité)
- 14b = santé complémentaire
- 14c = retraites supplémentaires

En raison de ces discontinuités, la base regroupe un nombre limité de variables présentes et exploitables tout au long de la période de collecte.

Cette base apporte cependant une information nouvelle car elle contient une partie des accords signés par des entreprises de moins de 10 salariés. Jusqu'à présent la source la plus utilisée était l'enquête ACEMO sur la négociation et la représentation des salariés. Cette enquête regroupe 10.300 entreprises représentatives des entreprises de plus de 10 salariés du secteur marchand

¹⁹⁵ *Bilan de la négociation collective en 2005*, p. 195.

non-agricole¹⁹⁶. Or plus de 80% des entreprises sont des entreprises de moins de 10 salariés. Bien que la négociation collective soit une pratique concernant essentiellement les grandes entreprises¹⁹⁷, les transformations du cadre légal de la négociation ainsi que les dispositifs sociaux-fiscaux visent à développer la négociation des petites entreprises. C'est donc un champ d'analyse peu ou pas exploré jusqu'à présent.

En prenant en compte les biais de l'enquête, nous avons choisi de mener une l'analyse des correspondances multiples et une classification des données disponibles. Notre but est ainsi d'apprécier de manière « qualitative » les caractéristiques de la négociation collective d'entreprise sur le thème de la PSC.

2.1.3 Méthodes d'analyse exploratoire mises en oeuvre

L'analyse des correspondances multiples (ACM) est une extension de l'analyse factorielle des correspondances (AFC). Elle est utilisée pour étudier des données sous la forme d'un tableau d'individus décrits par plusieurs variables qualitatives. Les lignes du tableau ou individus (il peut en exister plusieurs milliers) sont ici les accords et les colonnes sont des modalités de variables qualitatives, ici celles décrivant les accords.

¹⁹⁶ Voir encadré 1, *Première synthèse*, juillet 2007, n° 28.1, p. 3.

¹⁹⁷ 90 % des entreprises d'au moins 500 salariés ont ouvert des négociations en 2005 (*Première synthèse*, juillet 2007, n° 28.1, p. 1).

Analyse des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique

L'analyse multivariée est utilisée pour synthétiser et expliquer l'information donnée par plusieurs variables en minimisant la déperdition d'information. Le but des différentes méthodes qui la composent est de mettre en lumière des dimensions cachées contenues dans les réponses aux variables sélectionnées.

L'analyse des correspondances multiples

L'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) est une extension de l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) pour l'étude simultanée de plusieurs variables. L'objectif des méthodes factorielles, dont fait partie l'ACM, est de déterminer un sous-espace de dimension réduite, « compréhensible » par l'oeil, sur lequel projeter un nuage de variables. Ces méthodes constituent donc l'extension de la statistique descriptive au cas multidimensionnel et autorisent une analyse simultanée de plusieurs variables. Pour obtenir un tel sous-espace, la méthode consiste à chercher, dans un premier temps, l'axe sur lequel le nuage se déforme le moins en projection c'est-à-dire qui restitue la part la plus importante de l'inertie totale du nuage ou, autrement dit, de l'information qu'il contient. Une fois ce premier axe déterminé, il s'agit alors de chercher le second axe sur lequel le nuage se déforme le moins, tout en étant orthogonal au premier. Il suffira ensuite de réitérer le processus jusqu'à restituer l'intégralité de l'inertie du nuage. L'analyse des correspondances multiples permet d'observer les combinaisons et les liens entre les variables actives, c'est un outil visuellement puissant et très intuitif. La visualisation de plans factoriels dans l'espace des variables permet d'analyser l'information contenue sur deux axes factoriels.

La classification ascendante hiérarchique

La classification ascendante hiérarchique (CAH) est une des méthodes de classification qui a pour objectif d'obtenir des classes d'individus les plus cohérentes possibles : soit en constituant les groupes les plus homogènes ou, à l'inverse, les groupes qui se distinguent le plus les uns des autres. C'est la raison pour laquelle, la mesure communément utilisée pour juger de la qualité d'une CAH est le quotient de l'inertie interclasse sur l'inertie totale du nuage des individus : plus elle est élevée et plus les individus regroupés forment des groupes homogènes nettement différenciés les uns des autres. Il faut donc arbitrer entre nombre restreint de groupes et qualité des classifications, c'est-à-dire entre interprétabilité et fiabilité de l'information.

Précision méthodologique

Près de 65% des unités signataires déposant un texte sont identifiées comme étant des entreprises (cf. tableau 1)

Tableau 1 : Part des différentes unités signataires ayant négocié les accords (1994-2005)

Unité signataire	Fréquence	Part (en %)	Pourcentage cumulé
Etablissement	134932	34.77	34.77
Entreprise	246291	63.46	98.23
Groupement d'entreprises	1952	0.50	98.74
Entreprise transnationale	113	0.03	98.77
Groupe	4786	1.23	100.00

Source : Base des accords d'entreprises (calculs propres)

Dans cette section nous nous concentrerons uniquement sur les accords d'entreprises et ce pour plusieurs raisons :

- du fait des biais d'enregistrement, la modalité « groupement d'entreprises » et « entreprise transnationales » n'existe pas avant 2000 pour la première et 2002 pour la seconde ;
- toujours du fait des biais d'enregistrement, si les variables « établissement » et « entreprise » sont bien renseignées, en revanche, la variable « effectif », rajoutée souvent *ex post*, peut concerner, quand l'accord est un accord d'établissement, soit l'effectif de l'établissement soit l'effectif de l'entreprise. Pour pouvoir utiliser la variable « effectif », nous avons donc uniquement pris en compte les accords d'entreprises. Cette variable pourra alors être utilisée comme un proxy de l'effectif couvert par l'accord et vérifier le lien entre taille de l'entreprise et importance de la négociation.

D'autre part, nous ne distinguerons pas accords et avenants regroupant ces deux modalités en une, la distinction dans la base n'étant possible qu'à partir de 2000.

2.2. Les résultats issus de l'analyse de la base de données DARES (1994-2005)

Nous commencerons par présenter les caractéristiques générales de la négociation d'entreprise sur les dix dernières années (2.2.1) avant de faire ressortir les spécificités de la négociation sur le thème particulier de la protection sociale complémentaire (2.2.2).

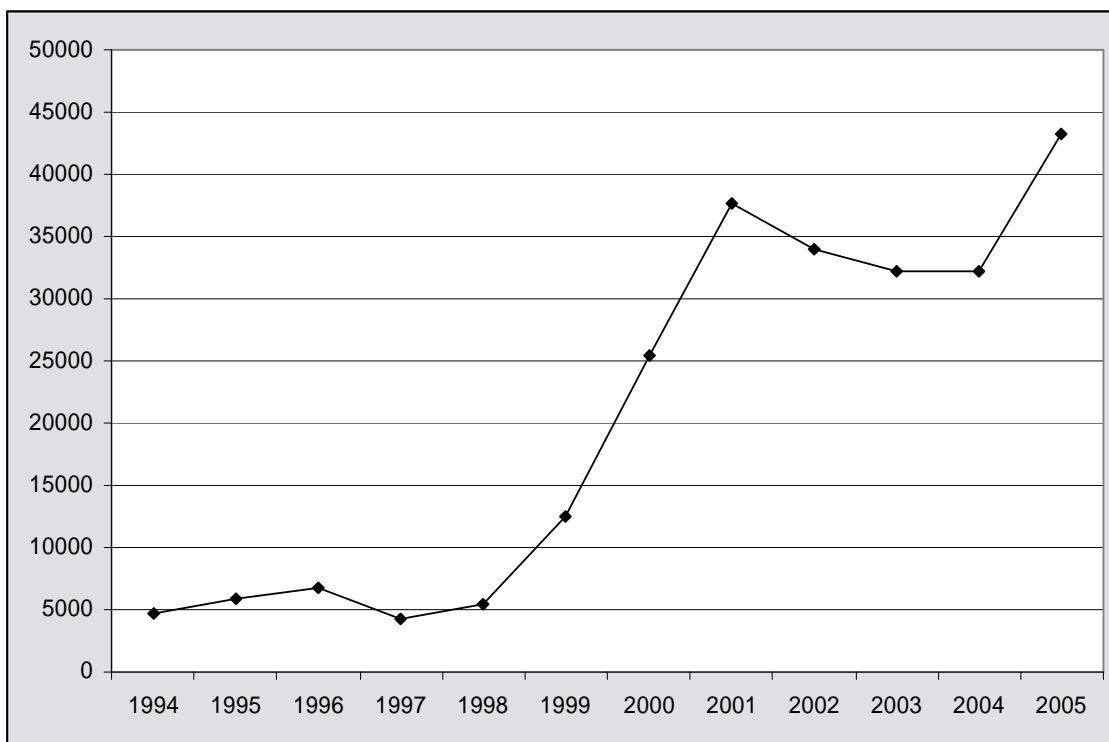
2.2.1 Evolution de la négociation d'entreprise sur la période 1994-2005

La négociation collective d'entreprise, telle que mesurée par le nombre de textes déposés, a connu un réel développement ces dernières années, le nombre de textes signés étant multiplié par neuf (4 650 accords signés en 1994 à 43 243 accords signés en 2005). Cette progression de ce niveau de négociation s'est aussi accompagnée d'une transformation de sa nature : thèmes des accords, secteurs d'activité signataires. Ce sont ces grandes tendances que nous allons présenter.

a) Evolution générale de la négociation collective d'entreprise

Sur les dix dernières années, si la tendance témoigne d'une dynamique soutenue de négociation, la négociation collective d'entreprise s'est beaucoup développée (le nombre de textes signés étant multipliés par neuf). Trois périodes se distinguent comme le montrent le graphique 3 et le tableau 1, 1994-1998, 1998-2001, 2001-2005, périodes marquées par des thèmes de négociation spécifiques (graphique 3 et tableau 2).

Graphique 3 : Evolution des accords d'entreprise déposés (tous textes confondus)



Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Pour rappel : la hausse de la négociation observable en 2005 peut s'expliquer pour une large part par le changement de méthodologie de l'enquête.

Tableau 2 : Accords d'entreprise signés par année entre 1994 et 2005

	Nombre	Part (%)
1994	4 650	1,90
1995	5 937	2,43
1996	6 769	2,77
1997	4 311	1,76
1998	5 452	2,23
1999	12 512	5,12
2000	25 486	10,42
2001	37 704	15,42
2002	34 009	13,91
2003	32 180	13,16
2004	32 249	13,19
2005	43 243	17,69
Total	244 502	100

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Entre 1994 et 1999, la négociation d'entreprise progresse lentement, elle est tirée par les négociations salariales qui constituent le premier thème de négociation (ce thème représentant plus de 40% des textes négociés, cf. tableau 3 et graphique 4), suivie par les questions d'aménagement du temps de travail. Une première rupture s'opère en 1999 : la négociation d'entreprise prend une nouvelle ampleur, le nombre d'accords recensés étant multiplié par 2 (cf. tableau 2). Le contenu de la négociation est profondément transformé. Les négociations sur thème de la réduction du temps de travail ainsi que son aménagement deviennent prédominantes : près de deux tiers des accords signés comportent une négociation sur la réduction du temps de travail (cf. tableau 3). Cette dynamique s'explique principalement par les incitations financières mises en place à travers les lois Robien (1997) et Aubry (1998, 2001), incitations qui donnent tous leurs effets entre 1999 et 2001. En 2001, nouveau record avec plus de 37 700 textes négociés. Jusqu'en 2005, la négociation d'entreprise ne descendra pas au dessous de ce seuil des 30 000 textes.

En ce qui concerne le contenu de la négociation, une nouvelle période s'ouvre à partir de 2002. Les négociations sur le thème du temps de travail sont en net repli, les négociations salariales redevenant un thème fort de négociation. Cela ne constitue pourtant que le deuxième thème de négociation, les négociations sur le thème de la PSC montant nettement en puissance au cours de ces trois dernières années. Sur cette période, plus de la moitié des textes signés contient un accord sur cette question (cf. tableau 3). Là aussi les mesures incitatives expliquent cette réorientation des thèmes de négociation.

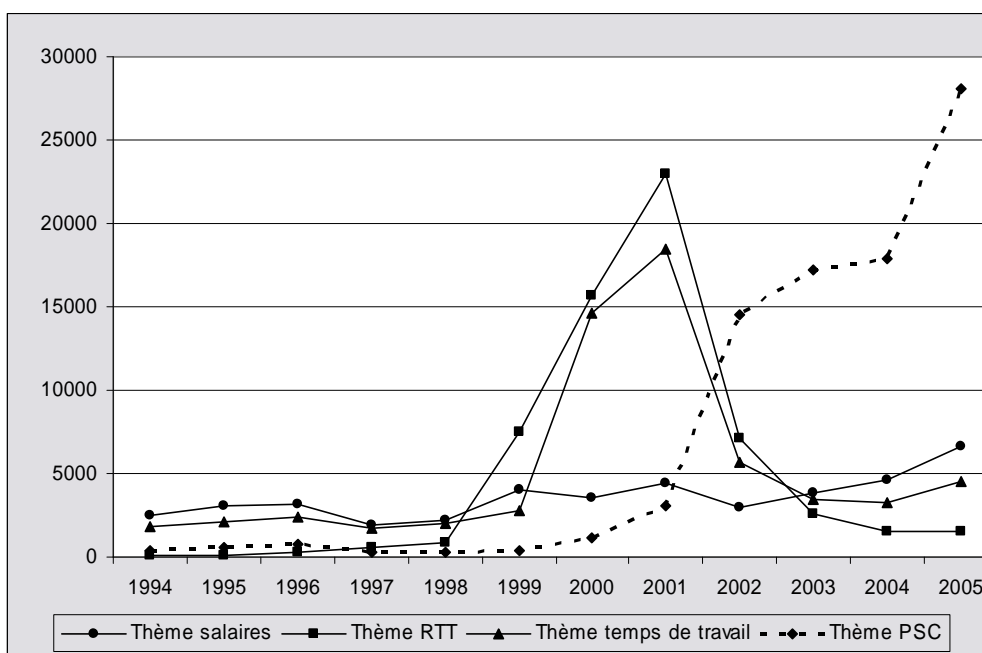
Tableau 3 : Accords d'entreprise selon les principaux thèmes de négociation (en % du total des accords) sur la période 1994-2005

	Thème salaire	Thème RTT	Thème ATT	Thème PSC
1994	53,1	1,57	38,3	7,7
1995	52,2	2,0	36,3	9,8
1996	46,7	4,6	35,9	10,9
1997	43,9	13,8	39,6	5,9
1998	41,3	16,2	37,2	6
1999	32,2	59,7	22,1	2,8
2000	14,1	61,4	57,3	4,4
2001	11,6	61,0	48,8	8,2
2002	8,7	21,0	16,6	42,6
2003	11,8	8,1	10,8	53,5
2004	14,4	4,7	10,2	55,4
2005	15,4	3,6	10,4	64,9

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Remarque : un accord peut concerner plusieurs thèmes

Graphique 4: Dynamique de négociation de certains thèmes de négociation des accords d'entreprise



Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

On peut d'ores et déjà remarquer que la négociation collective en matière de PSC est un thème qui est négocié plus au niveau de l'entreprise que de la branche (cf. section 1) devenant même le premier thème de négociation en 2005 (au niveau de la branche, il se situe en quatrième position).

b) Une négociation inégalement développée selon la taille de l'entreprise

La négociation d'entreprise est traditionnellement une pratique beaucoup plus fréquente dans les grandes entreprises. Comme le notent Carlier et Naboulet (2007), d'après les résultats de

l'enquête ACEMO, « *la négociation collective est beaucoup plus fréquente dans les grandes entreprises : 90 % des entreprises d'au moins 500 salariés ont ouvert des négociations en 2005 contre 47 % de celles d'au moins 50 salariés et seulement 7 % de celles de 10 à 49 salariés* »¹⁹⁸.

La mise en perspective des tableaux 4 et 5 confirme ce fait. Si les entreprises de plus de 200 salariés représentent entre 1994 et 2005 en moyenne moins de 1% de l'ensemble des établissements, elles regroupent plus de 35 % des textes négociés.

Tableau 4 : Part des accords signés selon la taille de l'entreprise (1994-2005)

	Moins 10 salariés	De 10 à 19 salariés	De 20 à 49 salariés	De 50 à 199 salariés	De 200 à 499 salariés	Plus de 500 salariés	Ensemble des entreprises
1994	0,24	0,46	4,07	36,66	27,76	30,81	100
1995	0,61	0,83	4,48	35,0	28,02	31,06	100
1996	1,27	1,37	5,91	35,27	26,59	29,59	100
1997	3,25	3,18	7,98	35,77	27,47	21,35	100
1998	4,83	3,51	8,83	33,88	25,97	22,97	100
1999	10,62	8,31	24,64	30,94	13,67	11,83	100
2000	12,83	7,70	21,58	33,1	13,32	12,47	100
2001	35,07	14,21	13,19	19,73	9,2	8,59	100
2002	36,03	9,68	12,36	22,29	10,49	9,17	100
2003	36,49	7,93	11,61	23,14	11,19	9,64	100
2004	28,57	7,62	11,41	27,61	13,25	11,53	100
2005	33,63	8,36	11,01	24,75	11,47	10,77	100

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Tableau 5 : Part des établissements selon la taille (1994-2005)

	Moins 10 salariés	De 10 à 19 salariés	De 20 à 49 salariés	De 50 à 199 salariés	De 200 à 499 salariés	Plus de 500 salariés	Ensemble des entreprises
1994	83,7	7,8	5,5	2,4	0,4	0,1	100
1995	83,6	7,9	5,6	2,4	0,4	0,1	100
1996	83,6	7,9	5,6	2,4	0,4	0,1	100
1997	83,6	7,9	5,5	2,3	0,4	0,1	100
1998	83,5	8,0	5,5	2,4	0,4	0,1	100
1999	83,2	8,2	5,5	2,4	0,4	0,1	100
2000	82,7	8,4	5,6	2,6	0,4	0,1	100
2001	82,4	8,6	5,7	2,6	0,4	0,1	100
2002	82,2	8,6	5,8	2,6	0,4	0,1	100
2003	82,2	8,7	5,8	2,7	0,4	0,1	100
2004	82,3	8,7	5,8	2,7	0,4	0,1	100
2005	82,1	8,8	5,8	2,7	0,4	0,1	100

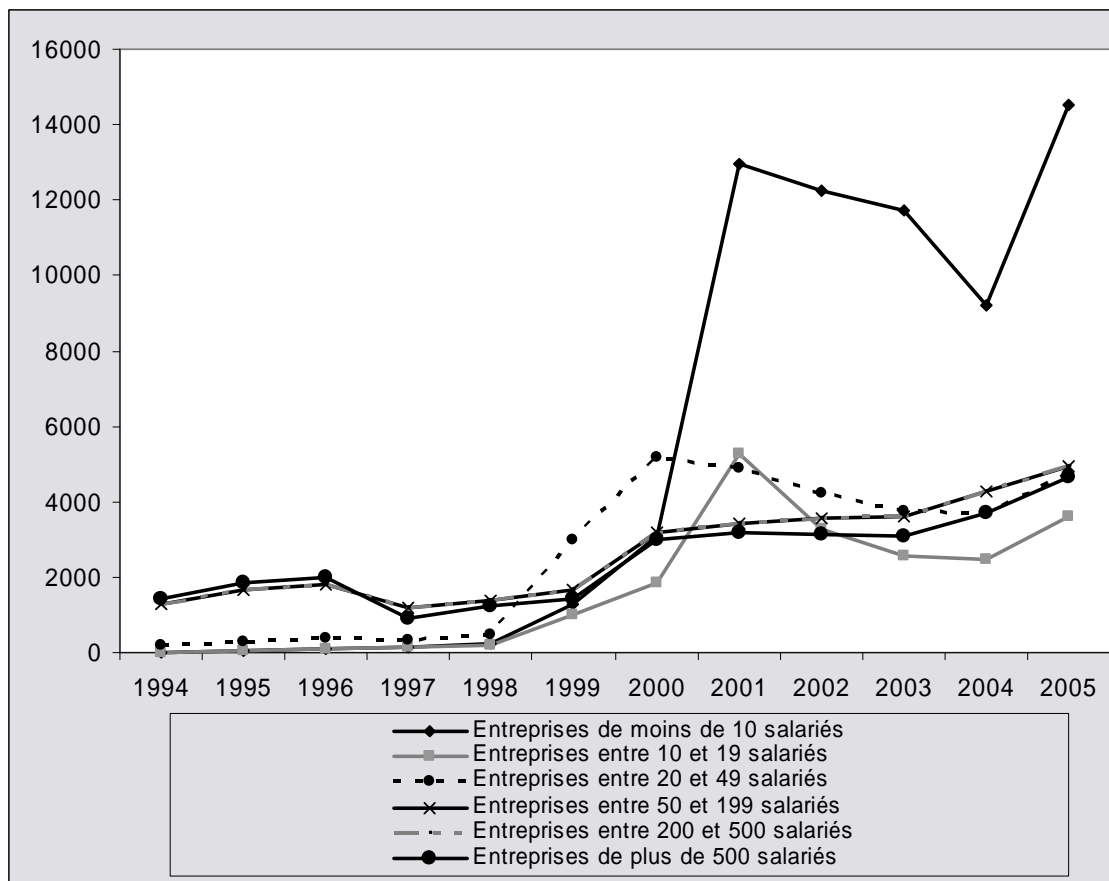
Source : UNEDIC

¹⁹⁸ Dares, *Première synthèse*, n° 28.1, juillet, p. 1.

Inversement, si les établissements de moins de 10 salariés représentent sur cette même période plus de 80% des établissements, moins de 17% des textes déposés leur sont attribués.

On peut tout de même remarquer un réajustement, au cours de la période, des pratiques de négociations entre grandes et petites entreprises. En effet, comme le montre le graphique 5, la négociation des petites entreprises progresse très largement à partir de 1999, dépassant celle des grandes entreprises en fin de période.

Graphique 5 : Accords signés selon la taille de l'entreprise sur la période 1994-2005



Source : Base DARES des accords d'entreprises, calculs propres

Les mécanismes d'incitations à la négociation mis en place (temps de travail, épargne d'entreprise) ainsi que le changement légal du cadre de la négociation (référéndum, salariés mandaté) jouent de façon importante dans l'augmentation de la propension de petites entreprises à négocier. Le tableau 6 montre clairement que ces nouveaux dispositifs sont quasi exclusivement utilisés par des petites entreprises : en effet, le référendum est utilisé à plus de 70 % dans des entreprises de moins de 20 salariés, tout comme la possibilité de recourir à un salarié mandaté, 62 % des entreprises utilisant cette possibilité ont également moins de 20 salariés. Les grandes entreprises restent, elles, attachées à un cadre classique de négociation : 90 % des entreprises de plus de 200 salariés ont négocié en présence d'un délégué syndical.

Tableau 6 : Répartition des accords conclus en fonction du type de signature et de la taille des entreprises (1994-2005)

	Délégué syndical	Employeur seul	Représentant du personnel	Référendum	Salarié mandaté	Total
Moins de 10 salariés	15,23	11,70	6,26	40,04	26,77	100
Entre 10 et 19 salariés	19,74	4,46	5,91	33,75	36,13	100
Entre 20 et 49 salariés	39,10	2,17	8,52	25,26	24,94	100
Entre 50 et 199 salariés	72,29	0,60	17,46	3,83	5,82	100
Entre 200 et 199 salariés	89,31	0,35	8,07	0,90	1,37	100
Plus de 500 salariés	95,77	0,32	2,98	0,44	0,50	100

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Pour autant, il est difficile de savoir si ces divers dispositifs mis en place ont réellement modifié l'intensité du dialogue social dans les petites entreprises, ces dernières ayant pu négocier sans déposer de textes. Ces nouveaux dispositifs ont donc avant tout formalisé cette négociation (le versement de subvention étant lié à la négociation d'un texte en bonne et due forme). C'est un point sur lequel insistait le *Bilan de la négociation collective en 2003* : « au cours des quatre dernières années [i.e. entre 1999 et 2003], la part des accords déposés par les petites entreprises a connu une progression très forte liée à la nécessité de conclure des textes en bonne et due forme pour bénéficier des aides financières dans le cadre de la réduction du temps de travail ou des exonérations fiscales et sociales associées aux dispositifs de participation, d'intéressement et d'épargne salariale. Ce phénomène est apparu d'autant plus marquant que la négociation, ou les discussions, ne sont pas systématiquement formalisées par ces entités »¹⁹⁹.

Outre la taille de l'entreprise, le secteur d'activité structure également les pratiques de négociation collective.

c) Une négociation inégalement développée selon le secteur de l'entreprise

Traditionnellement, la négociation d'entreprise concernait majoritairement les entreprises du secteur industriel. « Ces différences sectorielles s'expliquent par l'ancienneté et l'histoire de chaque secteur ainsi que la spécificité des traditions de relations professionnelles au niveau des branches. Le recours élevé à l'intérim, aux CDD, ou encore le turn-over de la main-d'œuvre sont également des facteurs qui contribuent à expliquer à la fois la faiblesse de l'implantation syndicale et la rareté des négociations d'entreprises dans la construction, le commerce ou les services aux particuliers »²⁰⁰. Au cours des dernières années, la pratique de la négociation collective s'est largement diffusée au secteur des services (au sens large). Selon le bilan de la négociation collective en 1996, « en ce qui concerne la répartition sectorielle, sur 10 accords signés en 1996, 5 le sont dans l'industrie et 3 ds les services »²⁰¹. En 2005, la moitié des accords signés concernait le secteur des services.

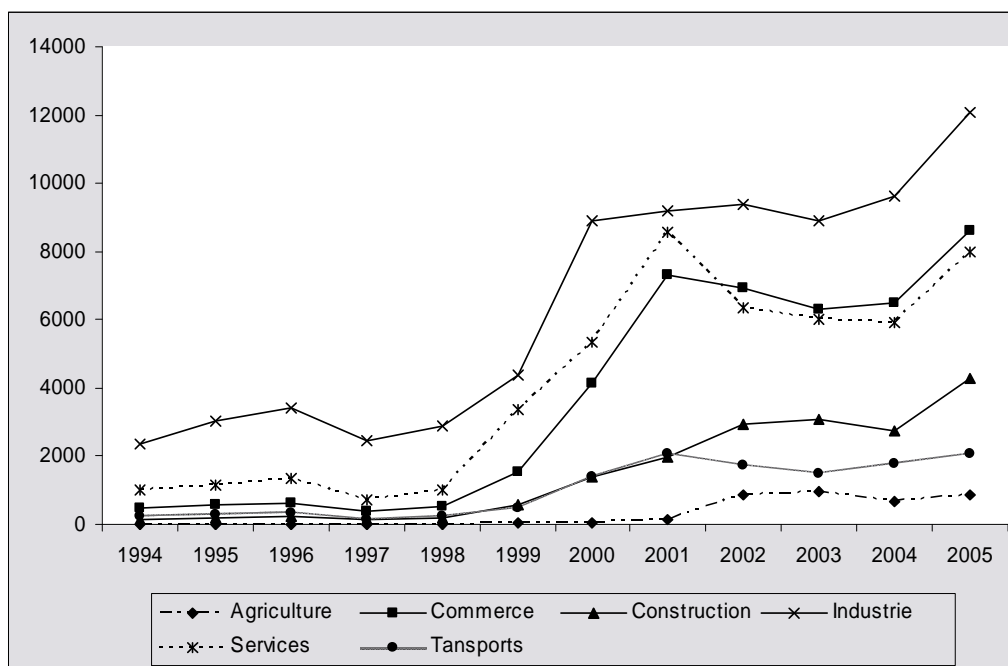
Le graphique 6 reflète cette tendance. Si le nombre d'accords signés progresse au sein de chaque grand secteur d'activité, c'est dans le secteur du commerce et des services que cette progression est la plus importante à partir de 1998.

¹⁹⁹ *Bilan de la négociation collective en 2003*, DRT, Paris : Editions législatives, p. 124.

²⁰⁰ Dares, *Première synthèse*, n° 28.1, juillet, p. 3

²⁰¹ *Bilan de la négociation collective en 1996*, Paris : Editions législatives, p. 39

Graphique 6 : Evolution des accords signés selon le secteur d'activité de l'entreprise entre 1994 et 2005



Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

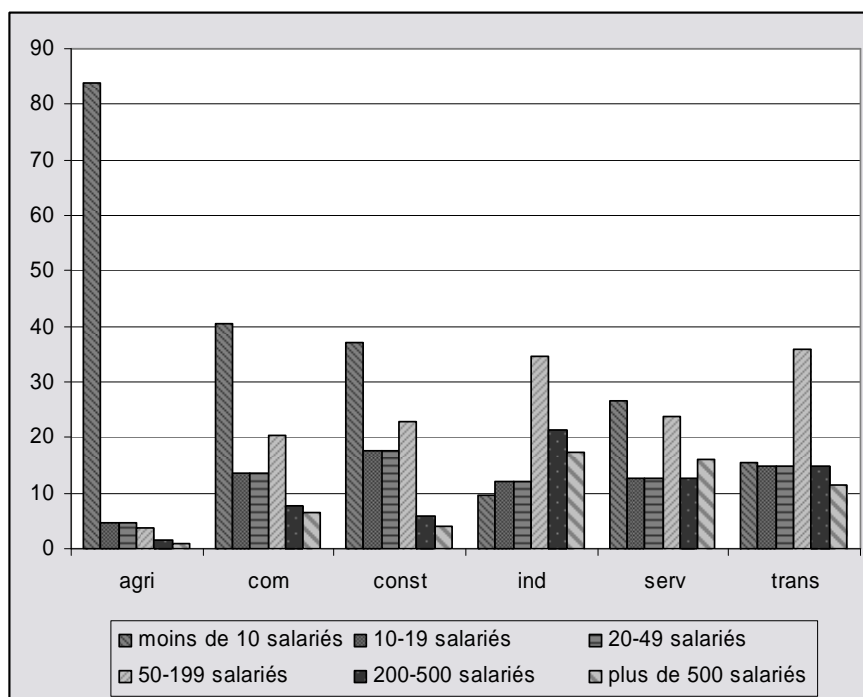
Ainsi en 2005, après l'industrie, c'est dans le commerce et dans les services que l'on signe le plus d'accords. Ce résultat, s'appuyant sur la Base des accords d'entreprises, contraste avec les résultats issus de l'enquête ACEMO. D'après les résultats de cette enquête : « les négociations sont les plus fréquentes dans les transports, les activités financières et immobilières, l'industrie des biens intermédiaires et l'énergie. C'est dans la construction, les services aux particuliers et le commerce qu'elles sont les plus rares »²⁰². On peut peut-être émettre l'hypothèse que cette divergence provient de la non prise en compte des entreprises de moins de 10 salariés dans l'enquête ACEMO et des nouvelles pratique de négociation de ces entreprises puisque les auteurs ajoutent : « les secteurs où les négociations sont les plus fréquentes sont ceux où les institutions représentatives du personnel sont les plus implantée, en particulier les délégués syndicaux »²⁰³.

Cette hypothèse semble confirmée au vu du graphique 6 puisque la part des petites entreprises (moins de 10 salariés) est particulièrement forte dans le secteur de l'agriculture, du commerce et de la construction.

²⁰² Dares, *Première synthèse*, n° 28.1, juillet, p. 3.

²⁰³ *Ibid.*

Graphique 6 bis : répartition des effectifs salariés selon le secteur d'activité en 2005



Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

La négociation collective d'entreprise a donc connu de profonds changements au cours de ces 10 dernières années. Outre son développement, le contenu des thèmes négociés ainsi que le type d'entreprises négociant (selon la taille et le secteur d'activité) ont connu des changements notables. C'est dans ce contexte dynamique que nous allons nous intéresser à la négociation sur le thème de la protection sociale complémentaire.

2.2.2 La négociation d'entreprise sur le thème de la PSC : une négociation spécifique ?

Nous abordons le thème particulier de la négociation en matière de *protection sociale complémentaire* (PSC) en nous interrogeant sur l'existence d'un profil de négociation propre à ce thème le distinguant des autres thèmes de négociation collective durant la période d'étude 1994-2005. Plus précisément trois questions sont posées :

- la négociation d'entreprise sur la PSC fait-elle l'objet d'une négociation isolée ou fait-elle partie d'une « grappe » de thèmes simultanément négociés ?

- quels sont ses traits majeurs qui la différencient de la négociation des autres thèmes au regard des caractéristiques des entreprises (taille, secteur d'activité) et de leurs pratiques de négociation (type de signature, nature des accords) ?

- les particularités de cette négociation évoluent-elles entre 1994 et 2005 ?

Nous avons utilisé pour mener cette recherche une méthodologie statistique appropriée (voir encadré sur les méthodes d'analyse exploratoire mises en œuvre) consistant à rechercher tout d'abord les principales dimensions (ou *axes factoriels*) descriptives du champ des accords signés et à opérer sur la base de ces dimensions une classification des accords en un petit nombre de groupes d'accords (ou *classes*) présentant entre eux de fortes similarités. Ainsi, s'il

existe une position fortement différenciée des accords sur la PSC par rapport aux autres accords, elle peut être repérée sur les *axes* ou dans les *classes* construites.

Avant 2005, il n'est pas possible de distinguer dans le thème PSC ce qui relève de la prévoyance au sens strict de ce qui relève de l'épargne salariale. Nous avons procédé en deux temps :

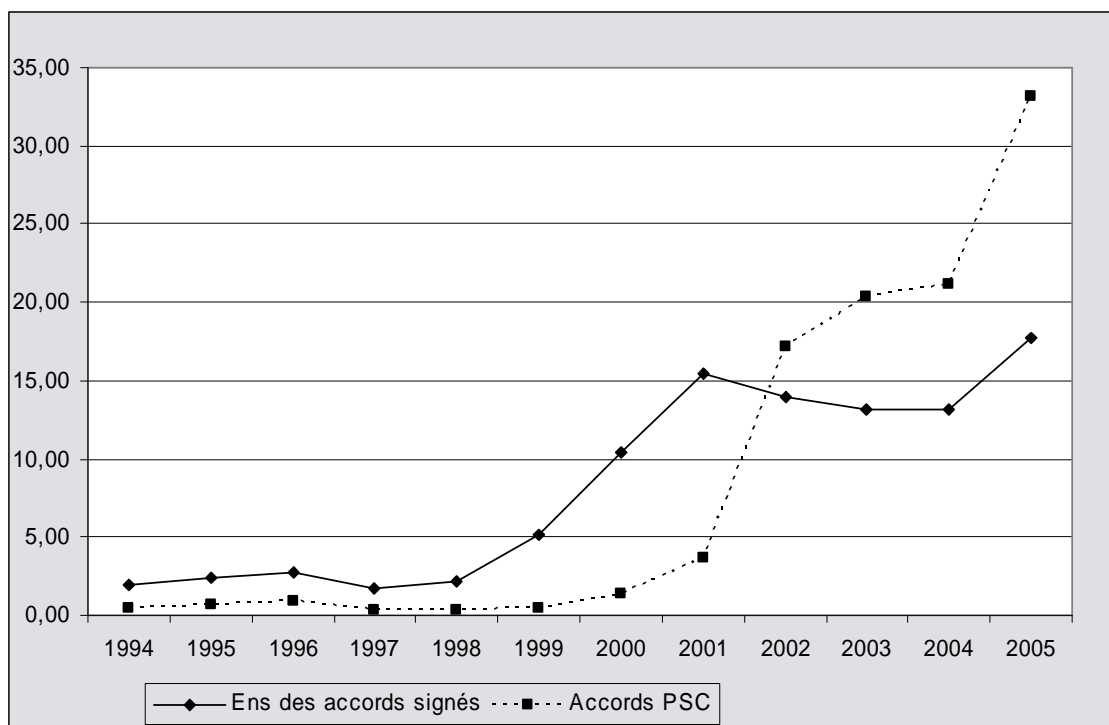
- nous avons mené l'analyse sur le thème de la PSC prise dans son ensemble sur la période 1994-2005, ci-dessous.
- nous avons ensuite analysé les caractéristiques du volet « prévoyance » sur la base des données disponibles en 2005 hors épargne salariale (2.3)

a) Options méthodologiques

Une analyse menée sur deux périodes

Nous avons vu que le rythme de la négociation collective n'est pas constant sur la période 1994-2005. Si l'on examine l'évolution spécifique des accords sur le thème de la PSC (graphique 7), on constate que jusqu'en 2001, la part de ces accords dans le total annuel des accords signés est faible (moins de 5%) et qu'à partir de 2002 cette part progresse très fortement, en étant surreprésentée comparativement au pourcentage moyen d'accords conclus. Elle est, en 2005, deux fois supérieure à la part des accords négociés tous thèmes confondus (28% d'accords conclus sur le thème PSCE en 2005 contre 14% d'accords conclus en moyenne tous thèmes confondus).

Graphique 7 : Répartition des accords signés sur la période 1994-2005 : tous thèmes confondus et sur le thème « PSCE »



Source : Base DARES des accords d'entreprises, calculs propres

Notre objectif étant de mettre en évidence les caractéristiques de la négociation sur la PSC comparativement aux autres thèmes, afin de tenir compte du point d'inflexion des tendances

observé en 2002, nous avons décidé de mener une *analyse par sous-période, la première période allant de 1994 à 2001 et la seconde de 2002 à 2005.*

Une telle coupure a aussi l'avantage d'intégrer le changement de méthode de collecte des données survenu en 2002. En effet, avant 2002, le recueil des données relevait du niveau régional avec une analyse des accords menée conformément à une grille détaillée. Depuis 2002, la tâche d'enregistrement et d'analyse a été confiée aux directions départementales, avec une grille d'analyse allégée et informatisée. De plus, des modalités nouvelles en ce qui concerne le type de signature sont intervenues.

En distinguant les sous-périodes, il devient possible de rechercher les éventuels changements dans les caractéristiques de la négociation du thème PSC avant ou après 2002 quand celui-ci devient un thème prédominant dans la négociation.

De 1994 à 2001, 102 821 textes ont été enregistrés dans la base DARES et 141 681 entre 2002 et 2005. Seuls 67 481 textes sont renseignés pour la période 1994-2001, ils le sont tous pour la seconde période.

Choix de variables actives et illustratives

Tout accord d'entreprise de la base DARES est décrit par les variables dont la liste a été mentionnée plus haut. Rappelons que texte signé peut revêtir plusieurs formes : accord, avenant, dénonciation, désaccord, adhésion, décision unilatérale et que l'accord, qui peut aborder un ou plusieurs thèmes, est validé selon les cas par un ou plusieurs signataires. Afin de déterminer comment la négociation de la PSC s'articule avec les autres thèmes de négociation, *l'analyse sera menée à partir des variables « thèmes » et « type de signature de l'accord » considérées comme variables actives.* La variable « type de texte » n'est pas retenue comme variable active du fait de la répartition des différentes modalités de cette variable (cf. tableau 5). Pour chacune des deux périodes, en effet, plus de 90% des textes sont des accords. Introduire les autres modalités risquerait de les faire ressortir sur les axes de l'analyse factorielle comme des variables structurantes du fait de leur faible présence. *La nature de la signature suffit selon nous à faire ressortir les nouvelles modalités de négociation²⁰⁴.*

L'année, l'effectif et le secteur d'activité seront portés en variables illustratives, ces variables étant des variables de contexte structurantes de la négociation, indépendamment de la pratique de l'entreprise.

²⁰⁴ On notera toutefois la progression des décisions unilatérales, même si elle reste encore rare sur la seconde période.

Tableau 7 : Nature des textes signés par les entreprises tous thèmes confondus selon la période étudiée

	1994-2001	2002-2005
Accord	98701 95.99 %	128184 90.50 %
Adhésion	1 0.00 %	2064 1.46 %
Décision unilatérale	23 0.02 %	7032 4.96 %
Dénonciation	208 0.30 %	1363 0.96 %
Désaccords	3787 3.68 %	2997 2.12 %
Total	102820 100 %	141640 100 %

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Au sein des périodes retenues, comme tous les thèmes ne sont pas négociés dans les mêmes proportions (cf. tableau 6) seuls les thèmes apparaissant avec une fréquence non négligeable (supérieure à 5 %) seront retenus pour ne pas tirer l'analyse vers « les événements rares ».

Ainsi, pour la période 1994-2001, nous retiendrons comme variables actives : le thème 1 (salaires et primes), les thèmes 4 et 5 (réduction et aménagement du temps de travail), le thème 9 (égalité professionnelle) et le thème 33 (protection sociale complémentaire), c'est-à-dire tous les thèmes dont la part représente plus de 5 % du total des textes négociés.

Et pour la période 2002-2005, nous retiendrons comme variables actives : le thème 1 (salaires et primes), les thèmes 4 et 5 (réduction et aménagement du temps de travail) et le thème 33 (protection sociale complémentaire), là encore tous les thèmes dont la part représente plus de 5 % du total des textes négociés.

Tableau 8 : Part des thèmes négociés entre 1994 et 2005 et par sous-période

	1994-2005		1994-2001		2002-2005	
	Part dans l'ensemble (%)	Nombre	Part dans l'ensemble (%)	Nombre	Part dans l'ensemble (%)	Nombre
Thème 1 : Salaires et primes	19.46	26188	12.66	8012	11.97	18076
Thème 2 : Classification professionnelle	1.34	1712	1.27	834	0.59	878
Thème 4 : Réduction du temps de travail	26.32	52444	60.10	39592	8.44	12852
Thème 5 : Temps de travail	25.28	50689	51.30	33772	11.40	16917
Thème 6 : Emploi	9.60	5246	4.76	3375	1.23	1871
Thème 7 : Mobilité géographique et professionnelle	0.09	219	0.10	67	0.09	152
Thème 8 : Formation professionnelle	1.37	1882	1.94	1237	0.41	507
Thème 9 : Egalité professionnelle	2.23	4874	6.12	4367	0.41	507
Thème 10 : Condition de travail	1.30	2262	1.18	707	1.18	1555
Thème 11 : Droit syndical	3.81	5593	3.08	1973	2.42	3620
Thème 12 : Commission paritaires	0.07	133	0.17	102	0.02	31
Thème 13 : Représentation des salariés	0.03	77	0.01	7	0.04	70
Thème 15 : Calendrier des négociations	0.18	293	0.26	179	0.14	114
Thème 33 : Protection sociale complémentaire (PSC)	32.03	81960	6.89	4302	55.55	77658

Source : Base DARES des accords d'entreprise (calculs propres)

Nous avons porté en annexe l'analyse des correspondances multiples menée sur toute la période (1994-2005) qui montre bien la pertinence d'une analyse en sous-périodes.

b) Résultats de l'ACM et de la classification menée pour la période 1994-2001.

L'analyse menée sur la sous-période 1994-2001 comprend :

- Nombre d'observations : 67 481 accords
- Nombre de variables actives : 6 (thème 1, thème 4, thème 5, thème 9, thème 33, signature)
- Nombre de variables passives : 4 (autres thèmes, année, secteur d'activité, classe d'effectif)

Les quatre premiers axes factoriels regroupent plus de 70% des informations et les cinq premiers axes expliquent plus de 80% de l'inertie (tableau 9).

Tableau 9 : Résultats de l'ACM et décomposition de l'inertie par axe (1994-2001)

Axes	Inertie principale	Khi 2	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Axe 1	0.40317	155983	30.24	30.24
Axe 2	0.24039	93005	18.03	48.27
Axe 3	0.16702	64620	12.53	60.79
Axe 4	0.16110	62327	12.08	72.88
Axe 5	0.12304	47602	9.23	82.10
Axe 6	0.11062	42797	8.30	90.40
Axe 7	0.07712	29837	5.78	96.18
Axe 8	0.05088	19686	3.82	100.00
Total	1.33333	515856	100.00	

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Description des principaux axes factoriels (Tableau 10)

L'axe 1 contient 30.58% de l'information initiale.

Cet axe oppose les accords signés sur le thème 4 (RTT) et le thème 5 (organisation du temps de travail) par un salarié mandaté aux accords signés sur thème 1 et le *thème 33 (PSC) avec les autres modalités de signature des textes*.

L'axe 2 contient 18.03% de l'information initiale.

Cet axe oppose des textes négociés sur le thème 33 et signés par référendum aux textes portant sur les salaires négociés par un délégué syndical.

L'axe 3 contient 12.35% de l'information et oppose les textes signés par un représentant du personnel aux textes signés par référendum.

Nous avons rapporté en annexe la visualisation sur les plans factoriels 1-2 et 1-3, les plus riches en information. La projection des variables illustratives sur ces deux plans indique les proximités entre les thèmes négociés et les caractéristiques de l'entreprise.

Tableau 10 : Axes factoriels principaux de l'analyse ACM sur la période 1994-2001

Variables	Axe 1			Axe 2			Axe 3		
	Coord.	Contr.	Cos ²	Coord.	Contr.	Cos ²	Coord.	Contr.	Cos ²
Thème 1 (salaires) Pas de négociation	-0.1783	0.0115	0.2210	0.1741	0.0184	0.2107	0.0331	0.0010	0.0076
Thème 1 (salaires) Négociation	1.2394	0.0799	0.2210	-1.2100	0.1277	0.2107	-0.2304	0.0067	0.0076
Thème 4 (RTT) Pas de négociation	1.0930	0.1907	0.7512	-0.1645	0.0072	0.0170	-0.0054	0.0000	0.0000
Thème 4 (RTT) Négociation	-0.6873	0.1199	0.7512	0.1034	0.0046	0.0170	0.0034	0.0000	0.0000
Thème 5 (ATT) Pas de négociation	0.7834	0.1208	0.5580	-0.0656	0.0014	0.0039	0.0414	0.0008	0.0016
Thème 5 (ATT) Négociation	-0.7124	0.1099	0.5580	0.0596	0.0013	0.0039	-0.0376	0.0007	0.0016
Thème 9 (égalité) Pas de négociation	0.0899	0.0031	0.1113	-0.0229	0.0003	0.0072	0.0574	0.0031	0.0453
Thème 9 (égalité) Négociation	-1.2379	0.0429	0.1113	0.3158	0.0047	0.0072	-0.7898	0.0422	0.0453
Thème 33 (PSC) Pas de négociation	-0.1294	0.0065	0.2352	-0.1821	0.0215	0.4657	0.0110	0.0001	0.0017
Thème 33 (PSC) Négociation	1.8170	0.0908	0.2352	2.5567	0.3014	0.4657	-0.1548	0.0016	0.0017
Délégué syndical	0.5199	0.0583	0.2948	-0.4806	0.0835	0.2519	-0.0869	0.0039	0.0082
Représentant du personnel	1.1323	0.0108	0.0268	2.5518	0.0923	0.1359	5.9279	0.7167	0.7332
Référendum	2.3464	0.0453	0.1117	4.8106	0.3190	0.4694	-3.3531	0.2231	0.2281
Salarié mandaté	-0.7787	0.1098	0.4725	0.2350	0.0168	0.0430	-0.0210	0.0002	0.0003

Lecture : coord = coordonnées de la variable sur l'axe, contr = contribution de la variable à l'axe, Cos² = indique la qualité de la projection

Cette ACM sur la période 1994-2001 nous fournit les enseignements suivants :

- Il se dégage principalement une relation entre le thème négocié et la modalité de signature de ce texte. Ainsi le thème 33 (PSC), plus souvent négocié par référendum ou avec un représentant du personnel, se distingue des thèmes d'accord plus traditionnels sur les salaires négociés avec un délégué syndical.
- On peut aussi souligner que le thème 33 (PSC) relève d'une négociation spécifique : en effet, la négociation sur le thème 33 implique la non-négociation sur les thèmes 4 (réduction du temps de travail) et 5 (aménagement du temps de travail).

La description des classes (groupes d'accords homogènes) sur la période 1994-2001

L'ensemble des textes d'accord signés entre 1994 et 2001 (64 481) est soumis à une analyse classificatoire (CAH) en utilisant les facteurs qui viennent d'être établis par l'analyse des correspondances multiples (ACM).

Après examen de l'arbre de classification (graphique 9 en Annexe) cinq classes ont été retenues pour décrire l'ensemble des accords de la période 1994-2001. Elles peuvent être décrites par l'ensemble des variables (actives et illustratives). Nous avons résumé les principales informations dans le tableau 11. Y sont notées les modalités surreprésentées dans chacune des classes d'accord. Cela permet de noter les tendances significatives associées à chaque classe d'accord relativement au profil moyen de l'ensemble.

Tableau 11 : caractérisation des classes issues de la CAH par la mise en évidence des variables initiales surreprésentées (en gras) ou sous-représentée (en gris) exprimées en pourcentage

	Classe 1 33.68 % 21 832 textes	Classe 2 2.04% 1 318 textes	Classe 3 1.99% 1 282 textes	Classe 4 6.58% 4 244 textes	Classe 5 55.53% 35 805 textes	Présence moyenne
Thème 1 : salaires	11.97	11.31	12.25	15.15	7.05	12.58
Thème 4 : RTT	69.63	59.94	66.77	58.91	51.13	61.39
Thème 5 : ATT	60.01	54.48	61.47	50.80	47.50	52.37
Thème 9 : égalité professionnelle	8.16	3.79	13.26	7.21	5.75	6.77
Thème 33 : PSC	4.55	7.89	3.82	5.21	8.16	6.65
Délégué syndical	49.28	55.61	40.64	61.80	53.08	52.17
Représentant	1.32	1.97	1.25	2.33	2.48	2.04
Référendum	1.02	0.53	0.62	0.73	2.83	1.99
Salarié mandaté	48.38	41.88	57.49	35.13	41.61	43.80
1994	0	0.76	0	0	0	0.02
1995	0	1.06	0	0	0	0.02
1996	0	1.44	0	0	0	0.03
1997	0	2.81	0	0	0	0.06
1998	0	9.33	0	0	0	0.19
1999	4.19	14.42	0	0	0	1.17
2000	57.54	49.24	12.87	66.85	25.89	39.52
2001	38.28	20.94	87.13	33.15	74.11	58.45
- de 10 salariés	26.40	19.48	40.00	15.55	26.67	25.92
[10 -20[salariés	11.11	11.32	12.20	10.10	12.02	11.57
[20-50[salariés	19.14	19.55	12.28	20.15	14.93	16.75
[50-200[salariés	26.34	26.56	20.55	29.46	23.26	24.73
[200-500[salariés	10.32	11.62	9.84	13.39	10.86	10.84
Plus de 500 salariés	6.68	11.47	5.12	11.35	12.26	10.14
Agriculture	0.22	0.26	0.17	0.52	0.47	0.38
Commerce	18.15	17.74	19.01	18.23	17.91	18.03
Construction	6.30	5.15	4.27	7.17	5.94	6.09
Café/Hôtel/Resto	2.63	4.98	2.27	2.41	5.10	2.60
Industrie	34.02	26.55	31.73	38.32	29.96	31.89
Métallurgie	1.68	1.31	0.26	1.18	0.90	1.03
Services march	7.61	14.93	7.41	8.74	13.93	11.61
Accords	97.95	94.46	97.97	97.53	97.81	97.77
Adhésion	0	0	0	0	0	0.00
Décision unilatérale	0.01	0	0	0.02	0.02	0.02
Dénonciation	0.44	3.41	0.23	0.28	0.41	0.47
Désaccord	1.92	2.12	1.79	2.17	1.76	1.74

Lecture : en moyenne, les entreprises de moins de 10 salariés représentent 25,9% de l'ensemble des accords signés ; dans la classe 3 cette proportion s'élève à 40 % : les accords signés par les entreprises de moins de 10 salariés sont donc sur-représentés dans cette classe.

Classe 1 (n=21 832 accords, 33,7 % de l'ensemble) :

Cette classe regroupe 33.68 % des individus (c'est-à-dire 33.68 % des accords signés).

Elle rassemble les textes négociés sur les thèmes 4 et 5 (liés au temps de travail) avec une sous représentation du thème 33 (PSC). En ce qui concerne la nature de la signature, il s'agit plus souvent de textes signés avec un salarié mandaté.

Les accords de cette classe ont comme autres caractéristiques :

- d'être principalement signés au cours de l'année 2000
- ils concernent surtout les entreprises de 20 à 50 salariés et de 50 à 200 salariés ; les entreprises de très grande taille (plus de 500 salariés) étant sous représentées dans cette classe
- ces accords concernent le plus souvent des entreprises dans le secteur de l'industrie et de la métallurgie, moins souvent le secteur des services marchands.

Classe 2 (n =1 318 accords, 2 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 2.04 % des individus (c'est-à-dire 2.04 % des accords signés).

Concernant les thèmes négociés : il s'agit le plus souvent d'accords portant sur les thèmes 5 (aménagement du temps de travail) et 33 (PSC). Les accords du thème 9 (égalité professionnelle) étant sous-représentés dans cette classe.

En ce qui concerne le type de la signature, il s'agit de textes signés avec des dispositifs traditionnels classiques, c'est-à-dire avec un délégué syndical, les autres formes de signature étant sous-représentées, particulièrement la validation d'accord par référendum.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- ils ont été principalement signés entre 1994 et 1999
- ils concernent plutôt des entreprises de taille moyenne (20 à 50 salariés), avec une sous représentation des entreprises de petite taille (moins de 10 salariés)
- ces accords ont été le plus souvent conclus dans le secteur d'activité des cafés/hôtels/restaurants, celui de la métallurgie et des services marchands.

Classe 3 (n =1 282 accords, 2 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 1.99 % des individus (c'est-à-dire 11.17% des accords signés).

Concernant les thèmes négociés : il s'agit majoritairement d'accords signés sur le thème 4 (réduction du temps de travail) ; le thème 1 (salaires et primes) ainsi que le thème 33 y sont sous-représentés.

Ces accords ont été signés majoritairement par un salarié mandaté, la présence d'un délégué syndical étant dans cette classe plus faible qu'en moyenne.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- la quasi-totalité de ces accords ont été signés lors de l'année 2001
- ils concernent les petites-entreprises, les autres catégories d'entreprises étant sous-représentées.
- ces accords ont été le plus souvent conclus dans le secteur d'activité des cafés/hôtels/restaurants et du commerce, le secteur de la métallurgie, de l'agriculture des services marchands et de la construction étant sous-représentés.

Classe 4 (n =4 244 accords, 6,6 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 6.58 % des individus (c'est-à-dire 6.58 % des accords signés).

Concernant les thèmes négociés : il s'agit d'accords signés sur le thème 1 (salaires et primes) avec des formes traditionnelles de signature puisque c'est dans cette classe que l'on trouve la plus forte présence d'accords signés par des délégués syndicaux ; on note que la signature par un salarié mandaté est ici sous-représentée.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- la quasi-totalité de ces accords ont été signés lors de l'année 2000
- ils concernent des entreprises de taille moyenne entre 50 et 500 salariés ; c'est dans cette classe que la catégorie des petites entreprises est la plus sous-représentée
- ils se situent dans le secteur de l'industrie et de la construction.

Classe 5 (n =35 805 accords, 55,5 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 55.53 % des individus (c'est-à-dire 55.53 % des accords signés). Une partition en 6 classes ne permet pas de discriminer les individus de cette classe.

C'est dans cette classe que les accords sur le thème 33 (PSC) sont le plus présents avec des formes de signature « moins traditionnelles » puisque c'est également dans cette classe que la présence de signatures par voie référendaire est la plus forte. Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- la quasi-totalité de ces accords ont été signés lors de l'année 2001
- ils concernent plutôt des entreprises de très grande taille (plus de 500 salariés). C'est dans cette classe cette catégorie est la plus représentée.
- le secteur le plus présent est celui des services marchands.

Nous avons résumé les principales caractéristiques des classes dans le tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12 - Résumé des caractéristiques illustratives des classes pour les années 1994-2001

Classe	Thème négocié	Type de signature	Taille de l'entr	Secteur	Année
Classe 1 (33.86 %)	Temps de travail (RTT et ATT)	Salarié mandaté	[20-50[salariés [50-200[salariés	Industrie Métallurgie	2000
Classe 2 (2.04 %)	PSC ATT	Formes traditionnelles (délégué syndical)	[20-50[salariés	Café/hôtel/restaurants Métallurgie services marchands	1994-1999
Classe 3 (1.99 %)	Temps de travail (RTT)	Salarié mandaté	- 10 salariés	Café/hôtel/restaurants Commerce	2001
Classe 4 (6.58 %)	Salaires	Formes traditionnelles (délégué syndical)	[50-200[salariés	Industrie Construction	2000
Classe 5 (55.53 %)	PSC	Référendum	Plus de 500 salariés	Services marchands	2001

On peut remarquer, qu'en dehors de l'année de négociation, et dans une moindre mesure le type de signature, les écarts significatifs pour différencier les classes d'accord sur la période 1994-2001 ne sont pas fortement prononcés. Ils suggèrent des tendances sans pour autant mettre à jour des profils d'accords nettement distincts. Il ne nous semble donc pas indiqué d'essayer qualifier ces classes en mettant en avant ces tendances.

c) Résultats de l'ACM et de la classification menée pour la période 2002-2005.

L'analyse menée sur la sous-période 2002-2005 porte sur :

- Nombre de variables actives : 5 (Thème 1, thème 4, thème 5, thème 33, signature)
- Nombre de variables passives : 4 (autres thèmes, années, secteur d'activité, classes d'effectifs)
- Nombres d'observations : 141 681 accords

Les cinq premiers axes expliquent plus de 80% de l'inertie et les quatre premiers axes environ 75%, les deux premiers axes représentant 50% de l'inertie (tableau 13).

Tableau 13 : résultats de l'ACM 2002-2005 et décomposition de l'inertie des axes

Axes	Inertie principale	Khi 2	Pourcent age	Pourcent. cumulé
Axe 1	0.49294	349201	30.81	30.81
Axe 2	0.31076	220143	19.42	50.23
Axe 3	0.20029	141888	12.52	62.75
Axe 4	0.20000	141684	12.50	75.25
Axe 5	0.14532	102946	9.08	84.33
Axe 6	0.12255	86812	7.66	91.99
Axe 7	0.07526	53315	4.70	96.70
Axe 8	0.05288	37458	3.30	100.00
Total	1.60000	1133448	100.00	

Nous allons nous centrer sur une représentation des variables dans les plans constitués par les axes factoriels 1-2 et 1-3, croisements les plus porteurs d'informations (représentation en annexe)

Description des principaux axes factoriels (Tableau 14)

L'axe 1 contient 30.81% de l'information initiale. Cet axe oppose les accords signés sur le thème 4 (réduction du temps de travail) et 5 (aménagement du temps de travail) par un délégué syndical à ceux signés sur le thème 33 (PSCE) par des représentants du personnel ou par référendum.

L'axe 2 contient 19.42% de l'information initiale. Cet axe oppose des textes négociés sur le thème 4 (réduction du temps de travail), signés par un salarié mandaté, aux accords signés sur le thème 1 par un délégué syndical.

L'axe 3 contient 12.52% de l'information et oppose les textes signés par un employeur seul aux textes signés par voie référendaire.

Tableau 14 : Axes factoriels principaux de l'analyse ACM sur la période 2002-2005

Variables	Axe 1			Axe 2			Axe 3		
	Coord.	Contr.	Cos ²	Coord.	Contr.	Cos ²	Coord.	Contr.	Cos ²
Thème 1 (salaires) Pas de négociation	-0.1473	0.0077	0.1484	0.2501	0.0351	0.4278	-0.0160	0.0002	0.0018
Thème 1 (salaires) Négociation	1.0075	0.0525	0.1484	-1.7104	0.2402	0.4278	0.1094	0.0015	0.0018
Thème 4 (RTT) Pas de négociation	-0.2064	0.0157	0.4272	-0.1857	0.0202	0.3457	-0.0033	0.0000	0.0001
Thème 4 (RTT) Négociation	2.0693	0.1576	0.4272	1.8615	0.2023	0.3457	0.0329	0.0001	0.0001
Thème 5 (ATT) Pas de négociation	-0.2517	0.0226	0.4673	-0.0906	0.0047	0.0605	-0.0061	0.0000	0.0003
Thème 5 (ATT) Négociation	1.8565	0.1670	0.4673	0.6682	0.0343	0.0605	0.0451	0.0002	0.0003
Thème 33 (PSC) Pas de négociation	0.9282	0.1580	0.7103	-0.3172	0.0293	0.0829	-0.0349	0.0005	0.0010
Thème 33 (PSC) Négociation	-0.7652	0.1302	0.7103	0.2615	0.0241	0.0829	0.0288	0.0005	0.0010
Délégué syndical	0.6261	0.0775	0.3722	-0.6142	0.1182	0.3582	-0.0019	0.0000	0.0000
Employeur seul	-0.8833	0.0209	0.0551	0.3692	0.0058	0.0096	3.5567	0.8328	0.8929
Représentant du personnel	-0.8143	0.0330	0.0926	0.3716	0.0109	0.0193	-0.1857	0.0042	0.0048
Référendum	-0.8465	0.0816	0.2794	0.3489	0.0220	0.0475	-0.7553	0.1598	0.2225
Salarié mandaté	2.0627	0.0758	0.1954	2.9919	0.2530	0.4111	0.0250	0.0000	0.0000

Lecture : coord = coordonnées de la variable sur l'axe, contr = contribution de la variable à l'axe, Cos² = indique la qualité de la projection

Il ressort de l'ACM pour la période 2002-2005 :

- que l'on a une relation entre le thème négocié et la modalité de signature de du texte ; ainsi, le thème 33 (PSC) est plus souvent négocié par référendum, avec un représentant du personnel ou un employeur seul, ce qui en fait une négociation spécifique puisque les autres thèmes de négociation plus classiques, comme les salaires ou le temps de travail, sont plutôt négociés par un délégué syndical ou un salarié mandaté. En ce qui concerne ces voies plus classiques de conclusion des accords, le thème 4 (RTT) serait plus souvent associé à la signature par un salarié mandaté et le thème 1 (salaire) par un délégué syndical.

- le croisement de l'axe 1 et de l'axe 3 fait apparaître une opposition au sein des accords du thème 33 (PSC), ceux signés par un employeur seul et ceux signés par voie référendaire. Il y aurait donc deux modalités de conclusion de ce type d'accords.

La description des classes (groupes d'accords homogènes) sur la période 2002-2005

Six classes ont été retenues pour construire la classification (résultats résumés présentés dans le tableau 14)

Les détails des classes sont résumés dans le tableau 15.

Tableau 15 - Résumé des caractéristiques des classes pour les années 2002-2005

	Classe 1 6.55 % 9 282 textes	Classe 2 11.68 % 16 552textes	Classe 3 37.34% 52 764 textes	Classe 4 4.39 % 6 221 textes	Classe 5 12.15 % 17 217 textes	Classe 6 27.98 % 39 645 textes	Présence moyenne
thème 1 salaire	12.18	11.23	12.33	12.41	13.65	13.77	12.76
thème 4 RTT	2.80	21.97	7.67	2.70	12.96	6.33	9.07
thème 5 ATT	8.80	18.67	11.05	8.60	13.74	10.65	11.94
thème 33 PSC	72.00	36.32	59.10	73.19	45.00	54.19	54.81
Délégué syndical	35.64	52.60	47.64	35.19	54.45	48.37	48.71
Employeur seul	25.34	1.12	8.74	25.29	2.70	5.72	6.59
Représentant	10.58	9.44	13.59	13.37	9.31	14.88	12.26
référendum	27.84	24.93	25.26	25.99	28.44	25.03	28.05
Salarié mandaté	0.60	11.90	4.46	0.16	5.10	6.00	4.39
2002	2.11	97.02	27.50	0	18.85	0	24.00
2003	0	0	0	0	74.90	48.64	22.71
2004	0	0	22.53	0	0	51.36	22.76
2005	97.89	2.98	49.97	100	6.25	0	30.52
- de 10 salariés	41.17	27.63	35.33	39.24	31.73	32.31	33.70
[10-20[salariés	9.41	9.36	8.57	8.65	8.28	7.61	8.41
- [20-50[salariés	10.61	12.52	11.32	12.04	11.84	11.50	11.56
[50-200[salariés	22.32	24.96	24.23	23.07	24.44	25.24	24.45
[200-500[salariés	10.37	11.82	11.09	10.91	11.09	12.71	11.57
Plus de 500 sal	6.12	13.71	9.46	6.09	12.65	10.62	10.30
Agriculture	3.39	2.04	2.70	2.47	2.43	3.02	2.71
Commerce	20.04	19.20	20.30	20.46	19.56	19.10	19.74
Construction	12.67	8.42	10.88	12.88	10.90	10.25	10.53
Café/Hôtel/Rest	2.77	3.13	3.06	2.76	3.37	3.37	3.20
Industrie	31.51	31.28	31.18	34.13	28.21	32.40	31.33
Métallurgie	1.15	0.78	1.13	1.05	0.82	1.12	1.05
Services march	8.98	14.11	11.20	10.76	14.44	11.42	11.82
Accords	72.30	96.24	88.49	73.13	94.18	96.16	90.50
Adhésion	3.91	0.12	2.21	5.41	0.11	0.41	1.46
Décision unilatérale	20.28	0.88	6.44	18.20	2.25	0.23	4.96
Dénonciation	1.67	0.82	0.78	1.16	1.38	0.89	0.96
Désaccord	1.83	1.94	2.08	2.11	2.07	2.32	2.12

Lecture : en moyenne, 9.07% des accords signés portent sur le thème 4 ; dans la classe 2 cette proportion s'élève à 21.97% : les accords signés par les entreprises sur ce thème sont donc surreprésentés dans cette classe.

Là encore il est à noter qu'en dehors de l'année de négociation, et dans une moindre mesure le type de signature, les écarts significatifs pour différencier les classes d'accord sur la période 2002-2005 ne sont pas fortement prononcés. Ils suggèrent des tendances sans pour autant mettre à jour des profils d'accords nettement distincts. Il ne nous semble donc pas indiqué d'essayer qualifier ces classes en mettant en avant ces tendances.

Classe 1 (n=9 282 accords, 6,55 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 6.55% des individus (c'est-à-dire 6.55% des accords signés).

Elle rassemble principalement les signatures sur le thème 33 (PSC), avec une forte présence de la signature d'un employeur seul, la modalité « signature par un délégué syndical » étant sous représentée.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- ils ont été quasiment tous signés en 2005
- ils concernent les entreprises de moins de 10 salariés, les entreprises de très grande taille (plus de 500 salariés) étant sous représentées
- ces accords concernent des entreprises du secteur l'agriculture et de la construction (les services marchands étant sous représentés).

Classe 2 (n=16 552 accords, 11,68 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 11.68 % des individus (c'est-à-dire 11.68 % des accords signés).

Concernant les thèmes négociés : il s'agit plus souvent d'accords portant sur les thèmes 4 et 5 (réduction et aménagement du temps de travail). Les accords du thème 33 (PSC) étant sous-représentés dans cette classe.

En ce qui concerne la nature de la signature, il s'agit de formes classiques c'est-à-dire avec présence d'un délégué syndical ; à noter que si la signature par un employeur seul est sous représentée, celle par un salarié mandaté est surreprésentée dans cette classe.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- ils ont été signés en 2002
- la présence de très grandes entreprises est importante dans cette classe tout comme la présence d'entreprise moyennes (de 20 à 50 salariés). Dans le même temps il y a une sous représentation des petites entreprises (moins de 10 salariés)
- le secteur des services marchands apparait comme plus présent dans cette classe comparé à la moyenne.

Classe 3 (n=52 764 accords, 37,34 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 37.34 % des individus (c'est-à-dire 37.34 % des accords signés).

La négation porte principalement sur le thème 33 (PSC) avec cette une présence forte de la signature par un employeur seul.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- Ils concernent pour la moitié d'entre eux l'année 2005, l'année 2002 et 2004 représentant les deux autres quarts.
- ils concernent plutôt des entreprises de moins de 10 salariés
- ces accords ont plutôt été conclus dans le secteur du commerce..

Classe 4 (n=6 221 accords, 4,39 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 4.39% des individus (c'est-à-dire 4.39% des accords signés).

La négation porte principalement sur le thème 33 (PSC) avec la forte présence de la signature par un employeur seul. Les modalités « délégué syndical » et « salarié mandaté » sont sous-représentées.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- Ils concernent tous l'année 2005
- ils concernent plutôt des entreprises de moins de 10 salariés, la présence d'entreprises de plus de 500 salariés étant sous-représentée
- ces accords ont été le plus souvent conclus dans le secteur de l'industrie et de la construction.

Classe 5 (n=17 217 accords, 12,15 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 12.15 % des individus (c'est-à-dire 12.15 % des accords signés).

C'est dans cette classe que l'on trouve le moins d'accords conclus sur le thème 33 (PSC) et une surreprésentation des autres thèmes.

Ces accords ont été signés majoritairement par un délégué syndical.

Ces accords ont les caractéristiques suivantes :

- l'année 2003 est l'année la plus présente comme année de signature des accords dans cette classe
- ils concernent les grandes entreprises, avec une sous-représentée des petites entreprises
- ces accords ont été un peu plus souvent signés dans les services marchands avec une sous-représentation de l'industrie et de la métallurgie.

Classe 6 (n=39 645, 27,98 % de l'ensemble)

Cette classe regroupe 27.98% des individus (c'est-à-dire 27.98% des accords signés).

On y trouve des accords portant plus souvent qu'en moyenne sur le thème 1 (salaires et primes) avec une sous-représentation du thème 4 (réduction du temps de travail). Ces accords ont été le plus souvent signés par voie référendaire ou avec la présence d'un délégué syndical. La catégorie employeur seul y est sous-représentée.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- ce sont des accords signés en 2003 ou en 2004
- ils concernent des entreprises de taille moyenne – entre 50 et 500 salariés
- ils ont principalement été signés dans le secteur de l'agriculture et de l'industrie.

Les principales caractéristiques des classes sont résumées dans le tableau 16.

Tableau 16 - Résumé des caractéristiques des classes pour les années 2002-2005

Classe	Thème négocié	Type de signature	Taille de l'entr	Secteur	Année
Classe 1 (6.55 %)	PSC	Employeur seul	- 10 salariés	Agriculture Construction	2005
Classe 2 (11.68 %)	Temps de travail (RTT et ATT)	Formes traditionnelles (délégué syndical) + salarié mandaté	Plus de 500 salariés et [20-50[salariés	services marchands	2002
Classe 3 (37.34 %)	PSC	Employeur seul	- 10 salariés	Commerce	2005 et 2002/2004
Classe 4 (4.39 %)	PSC	Employeur seul	- 10 salariés	Industrie Construction	2005
Classe 5 (12.15 %)	Salaire et temps de travail	Formes traditionnelles (délégué syndical)	Grandes entreprise	Services marchands	2003
Classe 6 (27.98 %)	Salaires	Référendum et délégué syndical	[50-500[salariés	Agriculture Industrie	2003-2004

Principales conclusions pour les analyses menées sur les deux périodes

- En ce qui concerne le thème de la PSC, mais c'est aussi le cas pour d'autres thèmes, la négociation d'entreprise est marquée par des *rythmes de négociation*, l'année apparaissant comme une variable très structurante du contenu de la négociation. Cette dynamique n'est pas étrangère aux incitations à négocier du législateur.
- La négociation en matière de PSC prend son envol à partir de 2002 en devenant le principal thème de négociation des entreprises. Elle relève d'une *logique spécifique* de négociation : peu associée à d'autres thèmes, cette négociation emprunte des voies de signature moins traditionnelles aussi bien au sein des grandes (référendum et délégué syndical) que des petites entreprises (employeur seul).
- L'analyse menée par période révèle *un changement des points d'application de la négociation en matière de PSC* : alors que ce thème de négociation caractérisait les grandes entreprises ayant l'habitude de négocier dans le secteur de l'industrie ou de la métallurgie, la négociation sur le thème de la PSC concerne désormais de plus en plus de petites entreprises agricoles ou commerciales.

2.3. La PSC une distinction de ses composantes pour l'année 2005

Pour 2005, la distinction est faite au sein du thème 33 entre ce qui relève d'un volet « prévoyance » (thème 14) et d'un volet « épargne salariale » (thème 3).

L'objectif poursuivi est ici de regarder les sous-thèmes qui composent le thème 33 (PSCE).

Toujours à travers l'analyse des correspondances multiples et la classification, nous allons essayer de voir s'il y a des distinctions entre ces formes de PSC (taille, secteur, modalité de signature, couplage avec d'autres thèmes de négociation).

Au vu des thèmes négociés en 2005 (tableau 17), nous retiendrons en variables actives les thèmes suivants : thème 1 (salaire et primes), thème 3 (intéressement/épargne salariale), thème 4 (RTT), thème 5 (ATT), thème 6 (emploi), thème 11 (droit syndical) et thème 14 (prévoyance).

Tableau17 : Part des thèmes négociés en 2005

Thèmes négociés	Nombre d'accords	Part en %
Th1 = salaires et primes	6661	15,40
Th2= classifications	52444	26,32
Th3 = Intéressement / participation/ épargne salariale / prévoyance collective	24212	55,99
Th4= réduction du tps de travail	1579	3,65
Th5= temps de travail	4498	10,40
Th6= emploi	5246	9,60
Th7= mobilité géo et prof	62	0,14
Th8 = formation prof	410	0,95
Th9= égalité prof	279	0,65
Th10 = condition de travail	406	0,94
Th11= droit syndical	1292	2,99
Th12= commission paritaires	7	0,02
Th13 = représentation des salariés	63	0,15
Th14 = Prévoyance collective sens large (accidents, invalidité, décès, retraite, santé...)	1205	2,79
Th15 = calendrier des négociations	72	0,17

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

2.3.1 Résultats de l'ACM sur la comparaison des caractéristiques du thème 3 et 14 en 2005.

L'ACM menée pour la seule année 2005 en distinguant les composantes du thème PSC comprend :

- nombre de variables actives : 8 (Thème 1, Thème 3, Thème 4, thème 5, Thème 6, Thème 11, thème 14, signature)
- nombre de variables passives : 4 (autres thèmes, secteur d'activité, classes d'effectifs)
- nombres d'observations : 43 243

Tableau 18 : résultats de l'ACM en 2005

Axes	Inertie principale	Khi 2	Pourcentage	Pourcent. cumulé
Axe 1	0.31022	107319	22.56	22.56
Axe 2	0.15679	54242	11.40	33.96
Axe 3	0.13084	45264	9.52	43.48
Axe 4	0.12866	44509	9.36	52.84
Axe 5	0.12504	43256	9.09	61.93
Axe 6	0.12349	42720	8.98	70.91
Axe 7	0.11961	41380	8.70	79.61
Axe 8	0.11805	40837	8.59	88.20
Axe 9	0.08051	27853	5.86	94.05
Axe 10	0.05197	17980	3.78	97.83
Axe 11	0.02981	10313	2.17	100.00
Total	1.37500	475673	100.00	

Les six premiers axes expliquent près de 70% de l'inertie.

a) Description des axes factoriels (tableau 19)

Ce sont principalement les deux premiers axes qui apportent le plus d'information (33%) Nous allons donc nous centrer sur une représentation des variables sur les plans 1-2 car ils contiennent chacun plus de 10% de l'information.

Tableau 19 : coordonnées des axes de l'ACM en 2005

Variables	Axe 1			Axe 2		
	Coord.	Contr.	Cos ²	Coord.	Contr.	Cos ²
Salaire	-0.2467	0.0208	0.3344	0.1405	0.0133	0.1085
Pas de négociation						
Salaire	1.3551	0.1140	0.3344	-0.7718	0.0731	0.1085
Négociation						
Intéressement/Epargne	1.0102	0.1810	0.8022	-0.1309	0.0060	0.0135
Pas de négociation						
Intéressement/Epargne	-0.7941	0.1423	0.8022	0.1029	0.0047	0.0135
Négociation						
RTT	-0.0698	0.0019	0.1286	-0.1374	0.0145	0.4978
Pas de négociation						
RTT	1.8424	0.0499	0.1286	3.6243	0.3824	0.4978
Négociation						
ATT	-0.1930	0.0134	0.3207	-0.1720	0.0211	0.2549
Pas de négociation						
ATT	1.6621	0.1158	0.3207	1.4816	0.1820	0.2549
Négociation						
Emploi	-0.0250	0.0002	0.0425	0.0206	0.0003	0.0290
Pas de négociation						
Emploi	1.7024	0.0169	0.0425	-1.4050	0.0227	0.0290
Négociation						
Droit syndical	-0.0341	0.0005	0.0377	0.0516	0.0021	0.0864
Pas de négociation						
Droit syndical	1.1061	0.0147	0.0377	-1.6751	0.0668	0.0864
Négociation						
Prévoyance	-0.0340	0.0005	0.0402	0.0466	0.0017	0.0758
Pas de négociation						
Prévoyance	1.1846	0.0158	0.0402	-1.6263	0.0588	0.0758
Négociation						
Délégué syndical	0.9848	0.1721	0.7634	-0.1711	0.0103	0.0230
Employeur seul	-0.8693	0.0604	0.1868	0.2332	0.0086	0.0134
Représentant du personnel	-0.7570	0.0260	0.0726	0.1385	0.0017	0.0024
Référendum	-0.7293	0.0527	0.1735	-0.0338	0.0002	0.0004
Salarié mandaté	1.0474	0.0013	0.0032	7.4378	0.1295	0.1629

L'axe 1 contient 22.56 % de l'information initiale.

Cet axe oppose les accords signés sur le thème 3 (épargne salariale) aux autres thèmes de négociation signés de manière traditionnelle avec la signature d'un délégué syndical.

La signature d'un texte sur le thème 3 implique la non signature sur les autres thèmes.

L'axe 2 contient 11.40% de l'information initiale.

Cet axe fait mal ressortir les thèmes 3 (épargne salariale) et 14 (prévoyance) mais ils s'opposent toujours. Cet axe met en évidence que la signature d'un texte sur le thème du temps de travail (thème 4 ou 5) est lié à la signature du texte par un salarié mandaté

Cette ACM (cf. Graphique 13 en annexe représentant l'axe 1 et 2) nous apprend principalement que le thème « intéressement/épargne salariale » relève d'une négociation spécifique : la

négociation sur ce thème implique la non-négociation sur les autres thèmes. De plus il semble relever d'un mode moins traditionnel de signature.

b) Résultats de la classification pour l'année 2005

L'examen de l'arbre de classification nous conduit à retenir cinq classes. Les résultats sont résumés dans le tableau 18. Cette classification suggère plus des tendances que des profils nettement distincts.

Classe 1, n= 4808 individus

Cette classe regroupe 11.12% des individus (c'est-à-dire 11.12% des accords signés).

Elle rassemble principalement les signatures sur le thème 3, le thème 1 étant sous-représenté dans cette classe, avec une forte présence de Représentant du personnel.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- ils concernent plutôt les entreprises de moins de 20 salariés (les entreprises de grande taille étant sous représentées).
- ces accords concernent des entreprises du secteur du commerce et de la construction (l'industrie et la métallurgie étant sous représentés).

Classe 2, n = 17474 individus

Cette classe regroupe 40.41% des individus (c'est-à-dire 40.41% des accords signés).

C'est une classe dont les spécificités ressortent mal, la subdivision en 6 classes ne permet d'en réduire l'effectif.

Concernant les thèmes négociés : il s'agit plutôt d'accords portant sur les thèmes 11 et 14. En ce qui concerne la nature de la signature, il s'agit de formes classiques c'est-à-dire avec présence d'un délégué syndical.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- la présence de très grandes entreprises est importante dans cette classe avec dans le même temps une sous représentation des petites entreprises (- de 20).
- Le secteur des services marchand apparaît un peu plus présent dans cette classe, mais la représentation sectorielle est proche de la moyenne.

Classe 3, n = 1604 individus

Cette classe regroupe 3.71% des individus (c'est-à-dire 3.71% des accords signés).

C'est dans cette classe que la négociation sur le thème 3 est sous-représentée, les autres thèmes de négociation étant surreprésentés. Les modalités délégué syndical et salarié mandaté sont surreprésentées.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- ils concernent des entreprises entre 20 salariés et 200 salariés, les petites entreprises étant sous-représentées,

- ces accords ont été le plus souvent conclus dans le secteur de l'industrie et de la métallurgie et de l'agriculture.

Classe 4, n= 8479 individus

Cette classe regroupe 19.61 % des individus (c'est-à-dire 19.61 % des accords signés).

C'est dans cette classe que l'on trouve le plus d'accords conclus sur le thème 14.

Ces accords ont été signés majoritairement par un délégué syndical ou par référendum.

Ces accords ont les caractéristiques suivantes :

- ils concernent les très grandes entreprises, avec une sous représentation des petites entreprises.
- ces accords ont été un peu plus souvent signés dans les services marchands et le secteur CHR (Café/hôtel/restaurants), les secteurs de la construction et de l'agriculture étant sous-représentés.

Classe 5, n = 10451 individus

Cette classe regroupe 24.17% des individus (c'est-à-dire 24.17% des accords signés).

On y trouve les accords sur le thème 3, les autres thèmes de négociation étant sous-représentés. Ces accords ont été le plus souvent signés par voie référendaire ou en présence d'un salarié mandaté. C'est dans cette classe que la présence d'un délégué syndical est la plus sous-représentée.

Les accords de cette classe ont les caractéristiques suivantes :

- ils concernent des entreprises de petite taille, les entreprises de taille moyenne et de très grande taille étant sous-représentées.
- Le secteur d'activité est peu discriminant, on y trouve un peu plus d'entreprises du secteur agricole et du secteur de la construction.

Tableau 20 : Caractérisation des classes issue de la CAH par la mise en évidence des variables initiales surreprésentées (en gras) ou sous-représentées (en vert) exprimées en pourcentage

	Classe 1 11.12 % 4808 ind	Classe 2 40.41 % 17474 ind	Classe 3 3.71 % 1604 ind	Classe 4 19.61 % 8479 ind	Classe 5 24.17 % 10451 ind	Ens. % 43243 ind
Salaires	12.83	17.04	19.60	16.63	12.15	15.40
Intéressement/épa	61.64	52.41	50.03	51.37	64.18	55.99
RTT	3.18	4.25	5.91	3.68	2.48	3.65
ATT	9.31	10.63	13.01	11.93	8.88	10.40
Droit syndical	2.37	3.83	3.80	2.76	1.89	2.99
Prévoyance	2.10	3.11	2.61	4.13	1.48	2.79
Délégué syndical	38.67	46.60	48.91	48.65	37.40	44.04
Employeur seul	19.85	19.36	19.42	14.96	24.61	19.83
Représentant	17.13	11.16	11.82	9.02	10.39	11.24
référéndum	24.14	22.33	19.42	27.33	27.26	24.60
Salarié mandaté	0.21	0.34	0.44	0.04	0.44	0.29
- de 20 salariés	46.34	38.81	34.60	36.66	50.90	42.00
[20-50] salariés	12.16	10.72	12.88	11.21	10.50	11.01
[50-200] salariés	25.59	25.92	29.87	23.75	22.40	24.75
[200-500] salariés	9.42	12.20	12.26	12.54	12.54	11.47
Plus de 500 sal	6.49	12.34	10.39	15.84	6.02	10.77
Agriculture	2.06	2.02	3.97	1.49	3.46	2.35
Commerce	21.89	20.40	16.76	19.38	20.23	20.18
Construction	13.02	11.27	12.52	8.87	12.75	11.41
Café/Hôtel/Resto	2.85	2.62	2.22	3.48	2.67	2.81
Industrie	29.95	31.93	35.13	30.40	30.44	31.18
Métallurgie	0.36	1.17	4.24	1.05	1.02	1.14
Services march	11.27	13.65	7.27	15.53	9.63	12.52

Lecture : en moyenne, les entreprises de moins de 20 salariés représentent 42% de l'ensemble des accords signés ; dans la classe 5 cette proportion s'élève à 50.90 % : les accords signés par les entreprises de moins de 20 salariés sont donc sur-représentés dans cette classe.

Tableau 21 – Résumé des caractéristiques des classes en 2005

Classe	Thème négocié	Type de signature	Taille de l'entr	Secteur
Classe 1 (11.12 %)	Intéressement/épargne	Représentant du personnel	- de 20 salariés	Commerce Construction
Classe 2 (40.41 %)	Droit syndical Prévoyance	Plutôt délégué syndical	Grandes entreprises	Services marchands
Classe 3 (3.71 %)	Tous thèmes hors PSC	Formes traditionnelles (délégué syndical) + salarié mandaté	[20-50] salariés [50-200] salariés	Industrie Métallurgie
Classe 4 19.61 %)	Prévoyance	Délégué syndical Référéndum	Très grandes entreprises	Services marchands Café/hôtels/restaurants
Classe 5 (24.17 %)	Intéressement/épargne	Référéndum Salariés mandaté	- de 20 salariés	Construction

c) Conclusion sur cette ACM

La portée des conclusions que l'on peut tirer des caractéristiques des composantes de la PSC est limitée, l'analyse ne portant que sur l'année 2005. On peut tout de même souligner deux points :

- au sein de la PSC, le thème « intéressement/participation/épargne » *ne relève pas de la même logique* que le thème de la « prévoyance ». La négociation sur le thème « intéressement/participation » n'implique pas la négociation sur le thème « prévoyance traditionnelle ». Le thème « intéressement/participation » fait l'objet d'une négociation isolée ;
- le thème prévoyance « traditionnelle » est plus négocié dans les grandes entreprises en association avec d'autres thèmes. La négociation sur le thème « intéressement/participation » est plus le lot des petites entreprises dans des secteurs comme la construction ou le commerce.

2.3.2 Analyse des caractéristiques du thème prévoyance « traditionnelle » en 2005

La décomposition possible à partir de 2005 du thème 33 (PSC au sens large) permet de faire ressortir un volet protection sociale à proprement parler (thème 14).

Ce thème est subdivisé en 3 composantes :

- une composante prévoyance au sens strict (décès, invalidité) thème 14a
- une composante santé, thème 14b
- une composante retraite supplémentaire, thème 14 c

Ce thème se compose principalement (à plus de 90%) du volet prévoyance, les négociations sur la santé et les retraites étant très largement minoritaires comme le montre le tableau 22.

Tableau 22 : Décomposition du thème protection sociale (hors intéressement/épargne) en 2005

Décomposition du thème	Nombre d'accords	Pourcentage
Prévoyance	42384	1.95
Santé	845	0.75
Retraites	123	0.28
Total	43 352	2.98

Source : Base DARES des accords d'entreprises (calculs propres)

Toujours à travers la méthode de l'analyse de données et de la classification, nous allons essayer de faire ressortir les spécificités de chacune de ces composantes.

a) Résultats de l'ACM

Nombre de variables actives : 10 (Thème 1, Thème 3, Thème 4, thème 5, Thème 6, Thème 11, thème 14-santé, thème 14-prévoyance, thème 14-retraites, signature)

Nombre de variables passives : 4 (autres thèmes, secteur d'activité, classes d'effectifs)

Nombres d'observations : 43 352

Tableau 23 : décomposition des axes de l'ACM menée sur le thème 14 en 2005

Axes	Inertie principale	Khi 2	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Axe 1	0.18105	78265	13.93	13.93
Axe 2	0.12731	55034	9.79	23.72
Axe 3	0.11106	48011	8.54	32.26
Axe 4	0.10411	45005	8.01	40.27
Axe 5	0.10039	43398	7.72	47.99
Axe 6	0.10004	43245	7.70	55.69
Axe 7	0.09959	43050	7.66	63.35
Axe 8	0.09716	42003	7.47	70.82
Axe 9	0.09574	41389	7.36	78.19
Axe10	0.09283	40128	7.14	85.33
Axe11	0.08744	37799	6.73	92.05
Axe12	0.06440	27838	4.95	97.01
Axe13	0.03889	16812	2.99	100.00
Total	1.30000	561977	100.00	

L'information est assez diluée entre les différents axes, la part d'information expliquée étant proche entre l'axe 1 et l'axe 11.

Afin de connaître le nombre d'axes à étudier, nous avons regardé comment ressortent les variables qui nous intéressent (variable prévoyance, santé et retraite), sur quels axes leur contribution à l'inertie est la plus forte. Il s'agit de l'axe 1 et de l'axe 3. Nous allons donc nous concentrer sur l'analyse des trois premiers axes.

L'axe 1 contient 13.93 % de l'information disponible.

Cet axe met en avant un ensemble de thèmes négociés en grappe (dont le thème salaire) incluant les trois composantes de la PSC. Ces thèmes sont négociés par un délégué syndical ou un représentant du personnel. A l'opposé on a des thèmes négociés par referendum ou par un salarié négocié.

L'axe 2 contient 9.79% de l'information.

On retrouve sur cet axe les thèmes liés à la protection sociale négociés en commun principalement par un délégué syndical. A l'opposé on trouve les thèmes sur l'ATT et l'emploi.

L'axe 3 contient 8.54% de l'information.

Cet axe oppose les textes négociés sur le thème de la protection sociale signés par un salarié mandaté aux textes négociés sur les salaires avec un délégué syndical.

Il ressort du croisement des axes de l'ACM (voir graphique 15 en annexe) que :

- les trois composantes du volet prévoyance ressortent toujours groupées,
- ce thème de négociation s'associe à d'autres thèmes de négociation comme les classifications, l'emploi et parfois les salaires,
- la négociation sur le thème PSC est liée à des formes traditionnelles de signature des textes (délégué syndical ou représentant du personnel).

b) Résultats issus de la classification

Cette classification n'est pas très discriminante, une grosse majorité des observations se concentre dans une seule classe. Nous avons opté pour une classification en 9 classes en espérant ainsi pouvoir faire ressortir le plus de caractéristiques possibles des accords.

Nous avons résumé dans le tableau 21 les principales spécificités de classes en mettant de côté les classes 5, 6 et 9 du fait de leur faible part dans l'ensemble des accords signés en 2005.

Tableau 24 : caractérisation des classes issue de la CAH par la mise en évidence des variables initiales surreprésentées (en gras) ou sous-représentée (en gris) exprimées en pourcentage

	Classe 1 3.43 % 1 481 accords	Classe 2 20.70 % 8 974 accords	Classe 3 2.35% 1 015 accords	Classe 4 11.12% 4 808 accords	Classe 5 0.28 % 123 accords	Classe 6 0.55 % 237 accords	Classe 7 58.41 % 25 252 accords	Classe 8 2.87 % 1 239 accords	Classe 9 0.29 % 127 accords	Présence moyenne
Salaires	10.13	17.51	10.44	2.73	16.26	10.13	15.49	20.18	0	15.41
Classification s	0.27	0.58	0.59	0.56	4.07	0.42	0.51	1.53	0.56	0.56
RTT	2.23	3.87	1.48	3.29	3.25	3.38	3.88	2.42	4.72	3.65
ATT	7.36	12.40	7.98	9.13	16.26	6.75	10.27	8.80	16.54	10.41
Emploi	1.28	1.36	0.59	1.23	6.50	0.84	1.50	1.94	3.94	1.45
Droit syndical	1.42	2.63	1.38	1.71	0.81	0.84	3.58	2.26	3.15	2.99
Prévoyance	0.81	1.87	0.89	1.00	1.83	1.27	2.25	2.82	0.79	1.96
Santé	0.41	0.91	0.30	0.52	2.44	0	0.75	1.29	0	0.75
Retraite	0.07	0.49	0	0.08	0	0	0.28	0.32	0	0.28
Epargne salariale	65.83	49.84	71.43	61.50	54.47	65.10	56.74	60.21	45.67	55.99
Délégué syndical	31.67	52.99	29.06	35.25	44.72	27.85	43.95	46.17	40.16	44.05
Employeur seul	19.72	16.50	20.99	24.33	31.71	29.96	19.77	23.57	18.90	19.82
Représentant référéndum	13.84	8.66	11.43	13.91	7.32	10.97	11.48	11.86	11.02	11.24
Salarié mandaté	34.50	21.39	38.42	26.29	16.26	31.22	24.53	18.24	29.13	24.59
Salarié mandaté	0.27	0.46	0.10	0.21	0	0	0.27	0.16	0.79	0.29
- de 10 salariés	37.27	29.05	40.59	36.81	35.77	44.73	34.27	28.73	37.80	33.34
[10-20[salariés	9.52	7.22	11.23	9.15	2.44	6.75	8.38	1.49	4.72	8.36
[20-50] salariés	12.22	10.77	12.12	12.81	8.94	10.55	10.55	13.16	7.87	11.00
[50-200] salariés	23.63	25.39	21.58	24.29	30.89	21.94	24.35	33.01	33.07	24.75
[200-500] salariés	11.82	13.19	9.16	10.48	16.26	8.02	11.30	8.31	10.24	11.48
Plus de 500 sal	5.54	14.37	5.32	6.45	5.69	8.02	11.15	6.30	6.30	10.78
Agriculture	2.52	2.11	1.25	2.58	5.98	5.09	2.35	2.14	6.50	2.34
Commerce	21.88	17.74	23.90	20.03	21.37	16.20	20.64	24.93	17.07	20.18
Construction	11.36	9.97	13.77	12.75	8.55	12.50	11.61	10.46	14.63	11.41
Café/Hôtel/R esto	2.74	3.69	3.25	2.51	0	3.70	2.54	3.04	3.25	2.81
Industrie	36.05	28.36	26.78	35.77	33.33	32.41	31.40	25.02	39.02	31.18
Métallurgie	2.44	1.13	2.00	0.85	13.68	0.46	0.98	1.07	11.38	1.14
Services marchands	8.00	15.62	11.64	10.24	5.13	11.57	12.29	12.60	1.63	12.52

Lecture : en moyenne, les entreprises de moins de 10 salariés représentent 33,34 % de l'ensemble des accords signés ; dans la classe 3 cette proportion s'élève à 40,59 % : les accords signés par les entreprises de moins de 10 salariés sont donc sur-représentés dans cette classe.

Tableau 25 : Résumé des caractéristiques des classes

Classe	Thème négocié	Type de signature	Taille de l'entreprise	Secteur
Classe 1 (3.43 %)	Intéressement/épargne	Représentant du personnel référendum	- de 10 salariés	Industrie Métallurgie
Classe 2 (20.77 %)	Salaire RTT Santé Retraites	Délégué syndical	Grandes entreprises	Services marchands Café hôtels restaurants
Classe 3 (2.35 %)	Intéressement/épargne	Délégué syndical Salarié mandaté	- de 10 salariés [10-20[salariés	Commerce Construction services marchands
Classe 4 (11.12 %)	Intéressement/épargne	Employeur seul Référendum	- de 10 salariés Taille moyenne	Industrie
Classe 7 (58.41 %)	Droit syndical Prévoyance	Pas de spécificité	- de 10 salariés Grandes entreprises	Pas de spécificité
Classe 8 (2.87 %)	Salaire Classification Epargne salariale Prévoyance Santé Retraites	Délégué syndical Employeur seul	[20-50[salariés [50-200[salariés	Commerce Café hôtels restaurants

c) Conclusions sur la décomposition du thème 14 « prévoyance traditionnelle »

- La négociation sur le thème « prévoyance » semble relever d'une logique de négociation traditionnelle avec une signature plutôt par un délégué syndical et des négociations rencontrées plus fréquemment dans les grandes entreprises,
- la PSC en tant que telle – hors épargne salariale – est négociée avec d'autres thèmes (au contraire de l'épargne salariale qui fait l'objet d'une négociation spécifique),
- la négociation de ces trois composantes en bloc qui ressortait d l'ACM est ici à nuancer. Il semble y avoir une négociation spécifique sur la prévoyance, et un autre type de négociation sur la santé et les retraites.

Conclusion

Que pouvons-nous conclure de l'exploitation de la base de données DARES des accords d'entreprises sur le thème de la protection sociale complémentaire ?

A partir de l'exploitation de la base de données, la négociation d'entreprise sur le thème de la PSC a progressé fortement entre 1994 et 2005, devenant le principal thème négocié en fin de période. Cette progression n'a pas été constante, la montée en puissance de ce thème de négociation s'opérant à partir de 2002. Pour autant, la prédominance de ce thème dans les négociations d'entreprise n'a pas radicalement modifié *les logiques propres de négociation des entreprises* : en effet, sur la période 1994-2001 comme sur la période 2002-2005, on retrouve le fait que le thème de la PSC est un thème négocié de manière isolée (ne faisant pas partie d'une grappe de thèmes simultanément négociés). Quant à l'appartenance sectorielle des entreprises négociant sur ce thème, la présence plus fréquente des entreprises du secteur des services et du commerce sur la période 2002-2005 n'est pas une caractéristique propre de la négociation sur le thème de la PSC, elle ne fait que suivre la tendance générale d'un rééquilibrage sectoriel des négociations d'entreprise.

Le principal résultat qui ressort des analyses de données menées est que la négociation en *matière de PSC n'est pas une négociation autonome*. L'importance des variables « année de négociation » et « type de signature » illustre les interventions régulières des pouvoirs publics. Ces interventions qui ont fortement incité les entreprises à négocier sur le thème de la PSC se sont développées dans trois directions :

- en modifiant le cadre législatif concernant les acteurs de la négociation : les pouvoirs publics ont ainsi, ces dernières années, transformé le cadre classique de la négociation d'entreprise en reconnaissant de nouvelles modalités de signature d'accords comme pouvant relever du champ de la négociation. Ainsi les lois du 19 février 2001 et du 4 mai 2004 permettent la signature d'accords par des représentants élus du personnel ou des salariés mandatés, par référendum ou encore par un employeur seul dans les petites entreprises ;
- en élargissant les thèmes avec obligation de négociation : par la loi du 19 février 2001, complétée par la loi du 21 août 2003, le législateur a introduit une obligation de négocier y compris dans les petites entreprises sur le thème de l'épargne salariale ; vient de s'y ajouter la loi du 30 décembre 2006²⁰⁵ qui vise à préciser et harmoniser les conditions de cette négociation ;
- en mettant en place des mécanismes d'incitation à la négociation à travers des exonérations fiscales ou la diversification des produits de placement proposés (loi du 19 février 2001 notamment).

De ce fait, la dynamique actuelle observable dans la négociation collective des petites entreprises n'est pas autonome, elle est guidée par les incitations des pouvoirs publics. Preuve

²⁰⁵ La loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié. Depuis 2001, plus d'une dizaine de textes législatifs ou réglementaires ont modifié, plus ou moins profondément, les règles régissant les dispositifs d'épargne salariale. La loi n° 2006-1770 pour « le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social » est la dernière en date. L'objectif de ce texte est, à la fois, de mieux ancrer les mécanismes d'épargne salariale dans des entreprises qui y adhèrent déjà et aussi d'encourager leur extension dans les autres entreprises, notamment dans celles de moins de 50 salariés. Pour ce faire, elle crée un « intéressement de projet » au bénéfice des salariés travaillant dans des entreprises concourant à un projet commun, que les entreprises soient juridiquement indépendantes ou non. Elle oblige également les branches professionnelles à négocier un accord de participation dans un délai de trois ans à partir de la publication de la loi, afin que les entreprises souhaitant mettre en place la participation aient à leur disposition un accord « clé en main » et ne soient pas freinées dans la mise en place du dispositif par la rédaction de l'accord. *Source* : Première synthèse, DARES, n° 44.1, novembre 2007.

en est que cette dynamique est propre à certains thèmes de négociation : les années 1998-2001 ont été des années marquées par la négociation sur le thème du temps de travail, à partir de 2002, c'est le thème de la PSC qui prend le relais, nouveau thème de négociation faisant l'objet de sollicitations publiques.

Les pics de négociation constatés en 2002 et en 2005 peuvent eux aussi être interprétés comme la mise en application, dans la négociation d'entreprise, des lois du 19 février 2001 (obligation de négocier sur l'épargne salariale) et du 4 mai 2004 (ouverture du cadre de négociation).

Cette importance de rôle du législateur semble d'autant plus avérée que si l'on regarde les composantes du thème de la PSC, en distinguant l'épargne salariale et la prévoyance traditionnelle, la dynamique de négociation des petites entreprises n'est présente que sur le thème de l'épargne salariale, la négociation sur le thème de la prévoyance étant le fait de grandes entreprises sur la base traditionnelle de la signature d'accords. Cette hypothèse reste à creuser et, en l'état, la base de données des accords d'entreprises ne nous permet pas d'aller plus loin, la distinction entre épargne salariale et prévoyance n'étant possible qu'à partir de 2005.

Au-delà des résultats de cette exploitation de données, les modalités de la négociation sur le thème PSC, et leurs évolutions, soulèvent un certain nombre de questions quant à la transformation de la nature de la négociation collective en France, questions qui dépassent le cadre de ce rapport et que nous ne ferons qu'évoquer. Nous en retiendrons trois : la décentralisation de la négociation collective, l'intervention de plus en plus fréquente du législateur, le glissement de la négociation collective vers le dialogue social.

(1) Les niveaux de la négociation : vers une concurrence entre branche et entreprise et un risque accru d'inégalités

Historiquement, la négociation collective en France s'est construite autour de la négociation de branche. A partir des lois Auroux, cette centralité de la branche décline, notamment du fait de l'intervention du législateur visant à inciter à la négociation d'entreprise. Si le principe de faveur est censé assurer une cohérence et une hiérarchie d'ensemble entre les niveaux de négociation, la réalité se prête mal à une règle claire de ce qui est le plus favorable. Comme le souligne A. Jobert²⁰⁶ la notion de plus favorable peut avoir des interprétations diverses aux vues des réalités locales. En outre les possibilités de déroger à la loi ou à des accords de branche ayant été élargies ces dernières années, il n'y a plus « *de continuité ni d'emboîtement simple entre la loi, la convention collective, l'accord d'entreprise. En pratique, sinon en droit, chaque niveau correspond à une régulation autonome dont les enjeux sont différents* »²⁰⁷.

Sur le thème de la PSC, c'est une négociation décentralisée au niveau de l'entreprise qui a été privilégiée ces dernières années, ce qui n'est pas sans risque. En effet, si une telle négociation peut répondre à des enjeux locaux, dans un contexte de forte concurrence et de recherche de réduction des coûts salariaux et d'éclatement des collectifs salariés, cela risque surtout de renforcer la concurrence entre entreprises. C'est ce risque qui justifiait le développement de la négociation de branche. Comme le rappellent Barrat et Daniel, la négociation de branche a pour fonction principale d'« *éviter les sous-enchères ou le dumping social en général* »²⁰⁸. En 2005, en dépit des incitations et des obligations à négocier en matière d'épargne salariale, seuls 54 % des salariés du secteur marchand non-agricole ont accès à un dispositif. S'ils sont plus de 92 % à y avoir accès dans des entreprises de plus de 500 salariés, ils ne sont que 11 % à y avoir accès dans une entreprise de moins de 49 salariés²⁰⁹. La question qui se pose aujourd'hui en matière

²⁰⁶ A. JOBERT *Les espaces de la négociation collective, branches et territoire*, Toulouse : Octares, 2000, 187 p.

²⁰⁷ A. JOBERT, *ibid.*, p. 48.

²⁰⁸ O. BARRAT et C. DANIEL, « La négociation collective, le statisticien, sa lanterne et le débat social », *Revue de l'IRES*, n°39, 2002/2, p. 3-32, p. 10.

²⁰⁹ DARES, *Première synthèse*, n° 44.1, novembre 2007, p. 1-2.

de négociation d'entreprise sur le thème de la PSC est celle de l'inégalité de traitement des salariés.

(2) La négociation collective : vers un dialogue à trois voix ?

Autre évolution ces dernières années : l'implication de plus en plus marquée du législateur dans le champ de la négociation collective, « *tant l'impulsion que la garantie des règles de procédure ont été données par le législateur* »²¹⁰. Ceci est particulièrement marquant en ce qui concerne la négociation d'entreprise ce qui conduit Barrat et Daniel à parler de paradoxe : « *le paradoxe apparent est que la production d'accords d'entreprises (règles) est d'autant plus élevée que la coordination centrale assurée par l'Etat est forte* »²¹¹.

Le thème de la PSC est à cet égard un exemple marquant. La négociation collective semble perdre en autonomie devenant plus procédurale (centrée sur la mise en place des règles prescrites) qu'innovatrice et allant au-delà du cadre minimal proposé par la loi. On peut alors se demander si la négociation collective reste un lieu de régulation sociale complémentaire de la loi d'autant plus que le terme même de négociation semble vidé de son contenu.

(3) Quelle définition de la négociation ?

L'intervention de l'Etat dans le cadre de la négociation collective, et notamment la reconnaissance d'accords atypiques, pose la question du devenir de la négociation traditionnelle telle que définie dans le code du travail. La possibilité de reconnaître un accord signé par un employeur seul vide de son sens la notion même de négociation qui suppose une discussion, un échange, un débat avant signature.²¹²

Là aussi la négociation sur le thème de la PSC illustre ce glissement.

²¹⁰ O. BARRAT et C. DANIEL, *op. cit.*, p. 9.

²¹¹ *Ibid.*, p. 29.

²¹² *Ibid.*

Annexe chapitre 4 :

visualisations des plans factoriels et des arbres de classification

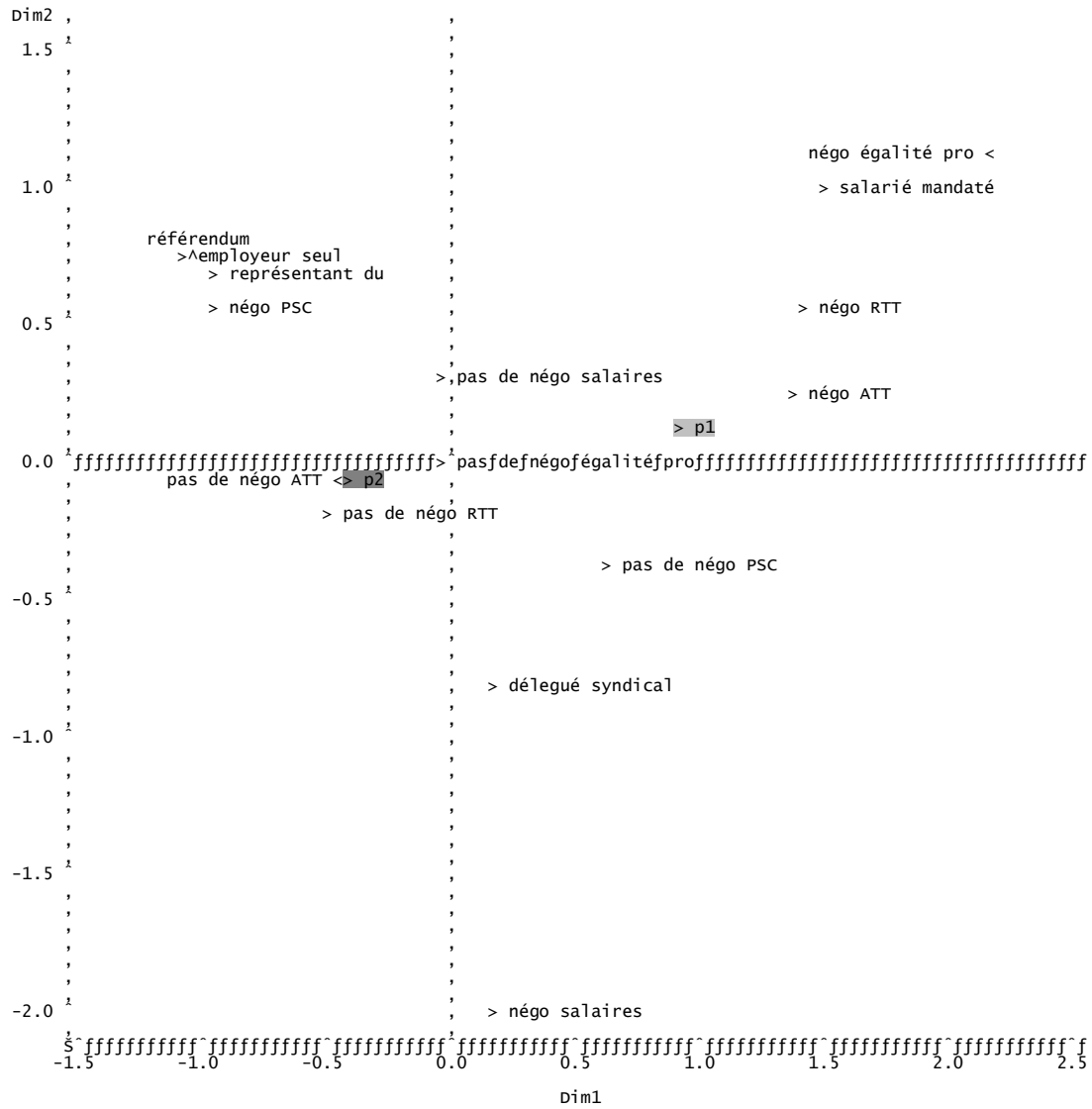
ACM et classification menée sur la période 1994-2005

Avant de mener nos ACM sur les sous-périodes définies, nous avons voulu vérifier la pertinence de ce choix en menant une ACM avec les périodes en variables supplémentaires.

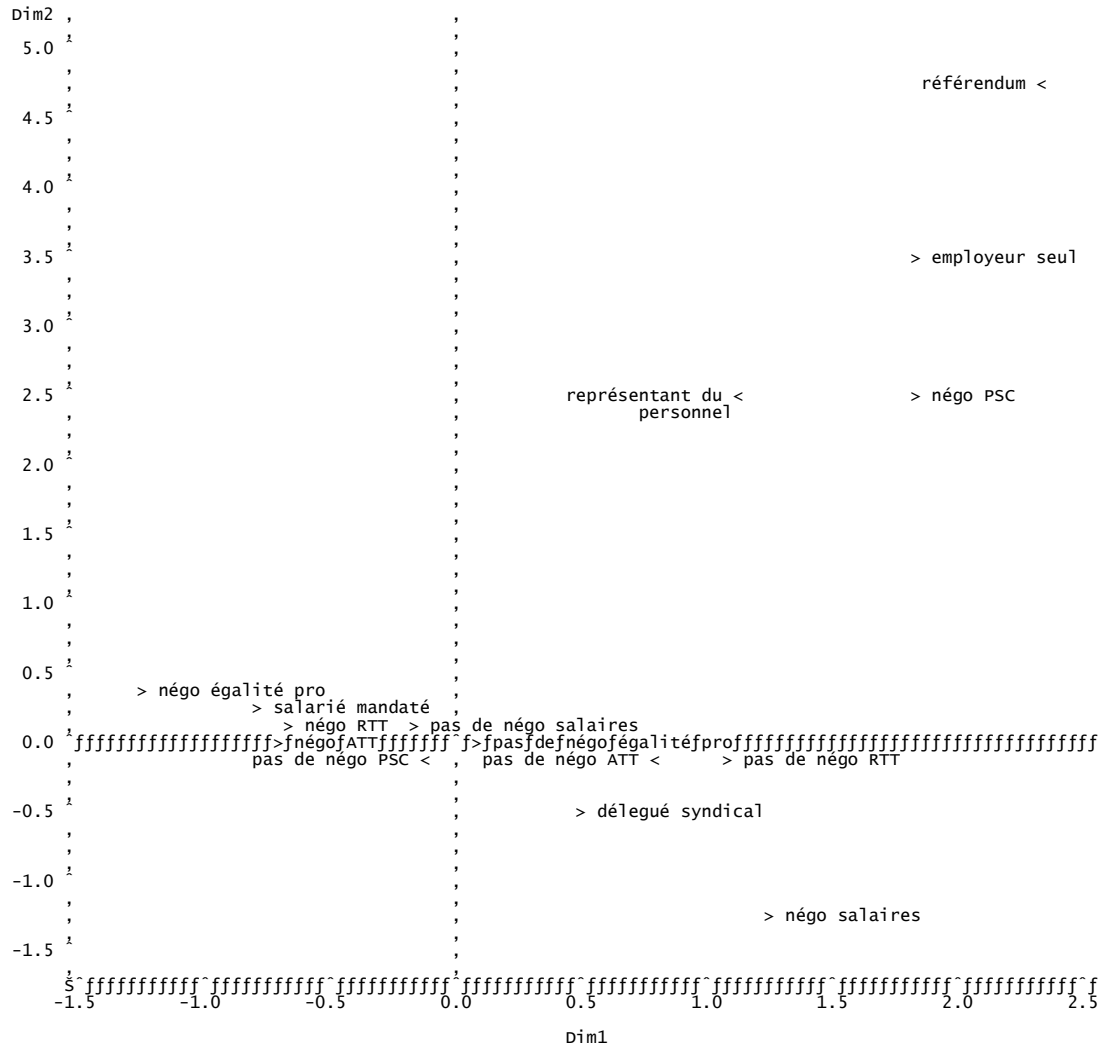
Nous avons nommé p1 la période allant de 1994 à 2001 et p2 la période allant de 2002 à 2005.

Il ressort de cette projection sur les axes que les deux périodes ont des coordonnées qui s'opposent comme le montre le graphique 7. L'analyse en sous-période est donc pertinente et confirme l'hypothèse selon laquelle les caractéristiques de la PSC diffèrent lorsque ce thème devient le principal thème de négociation.

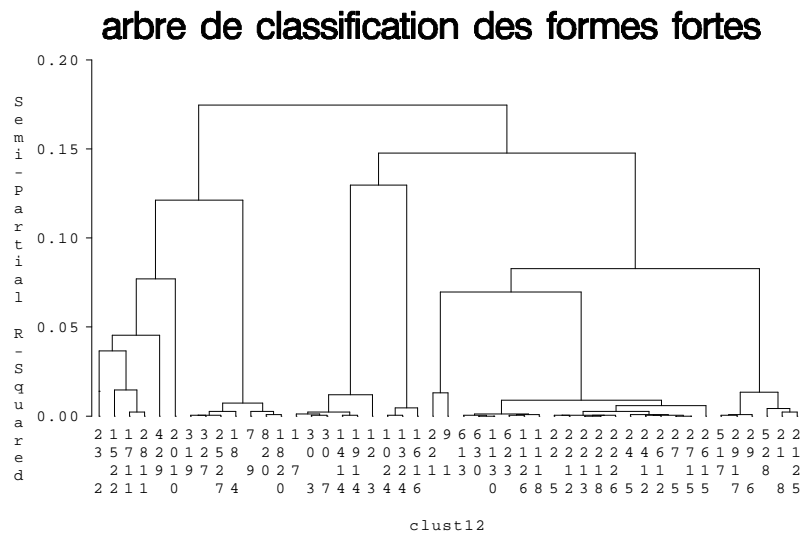
Graphique 7 bis représentation de l'axe 1 et 2 issu de l'ACM menée pour la période 1994-2005 - avec les périodes p1 (1994-2001) et p2 (2002-2005) en variable supplémentaires.



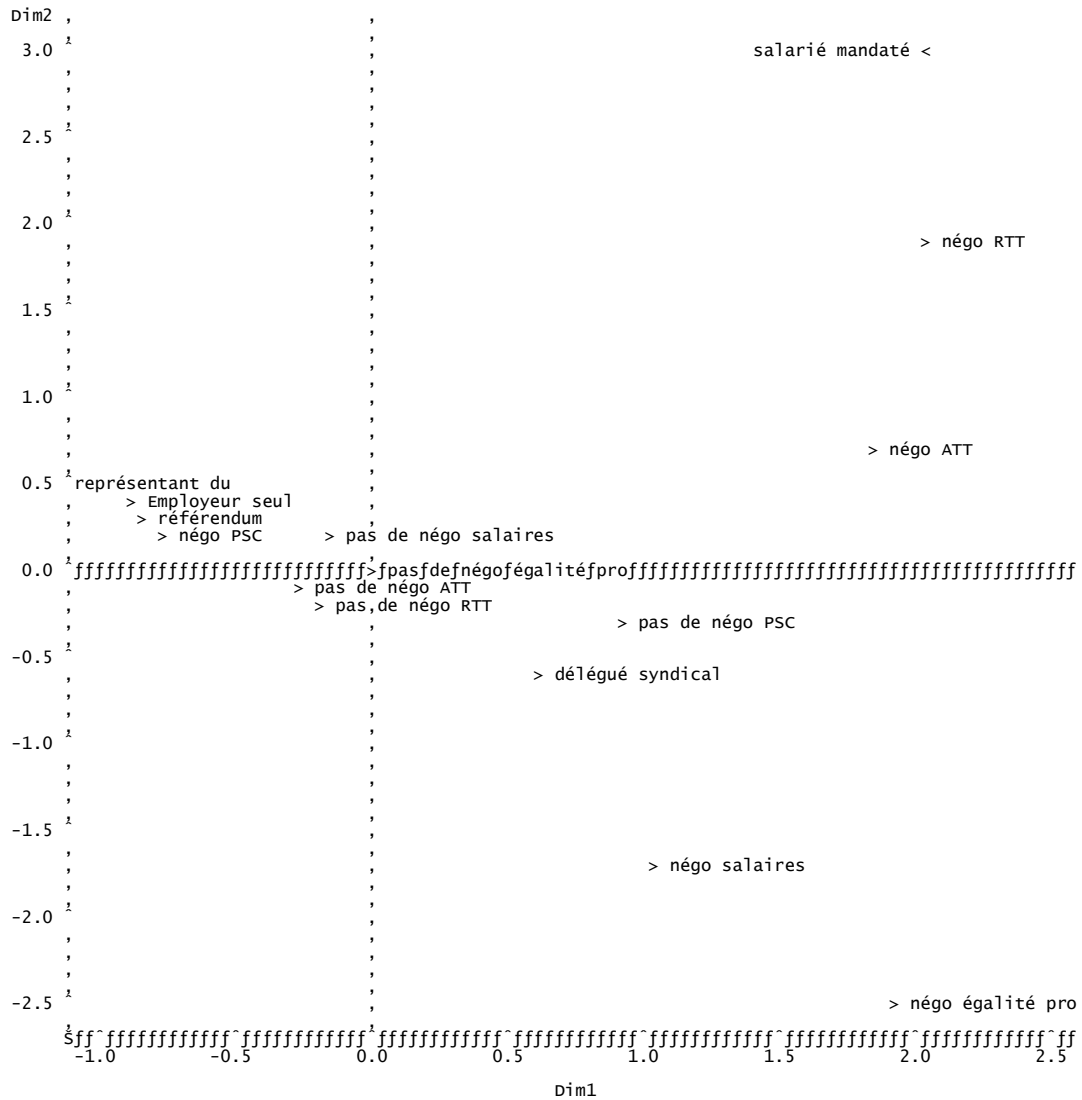
Graphique 8 : représentation de l'axe 1 et 2 issus de l'ACM pour la période 1994-2001



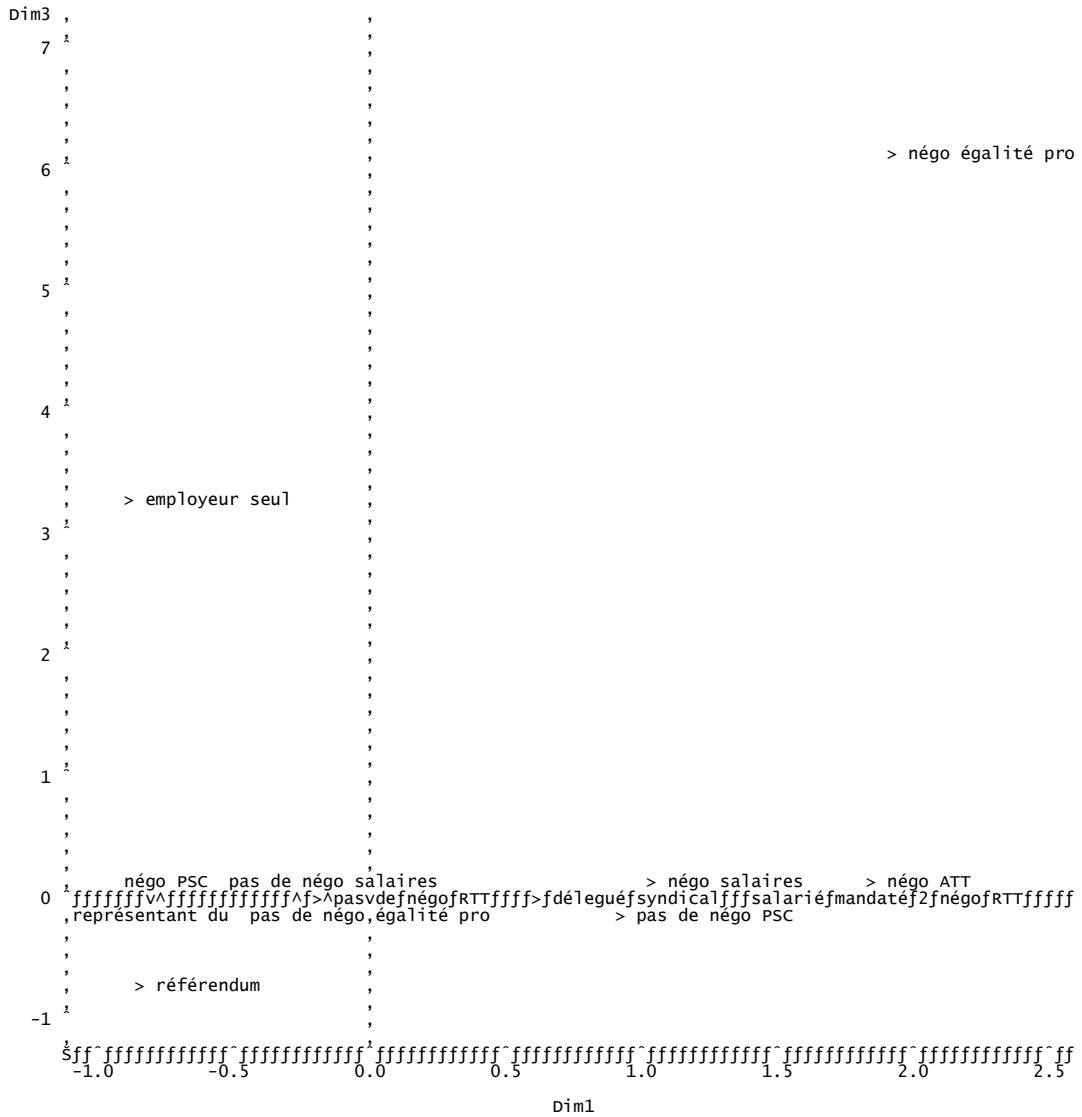
Graphique 9 : arbre de classification résultant de l'ACM sur la période 1994-2001



Graphique 10 : représentation de l'axe 1 et 2 issus de l'ACM pour la période 2002-2005

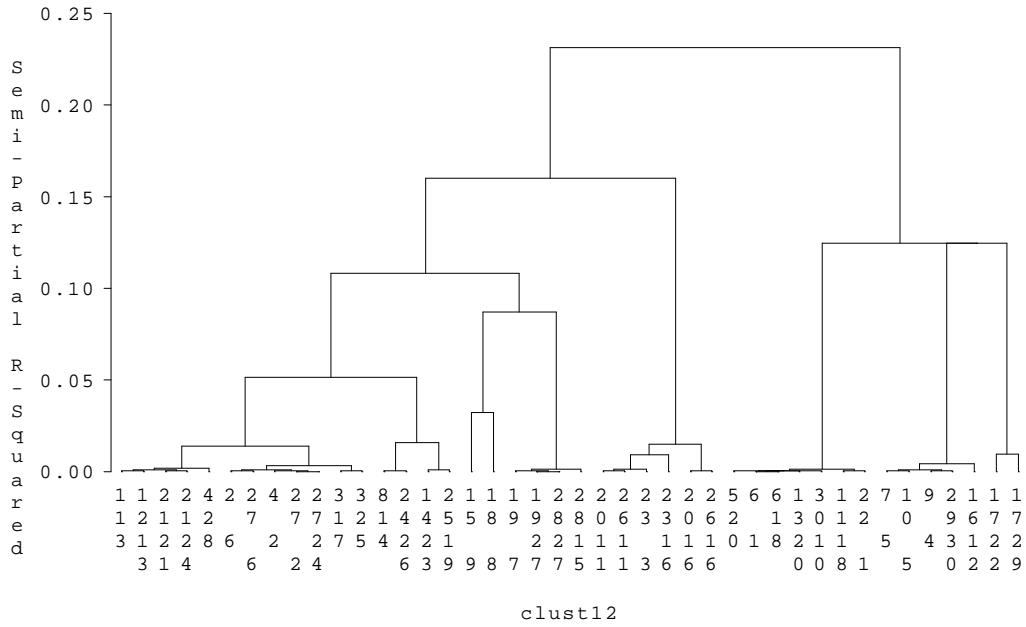


Graphique 11 : représentation de l'axe 1 et 3 issu de l'ACM pour la période 2002-2005



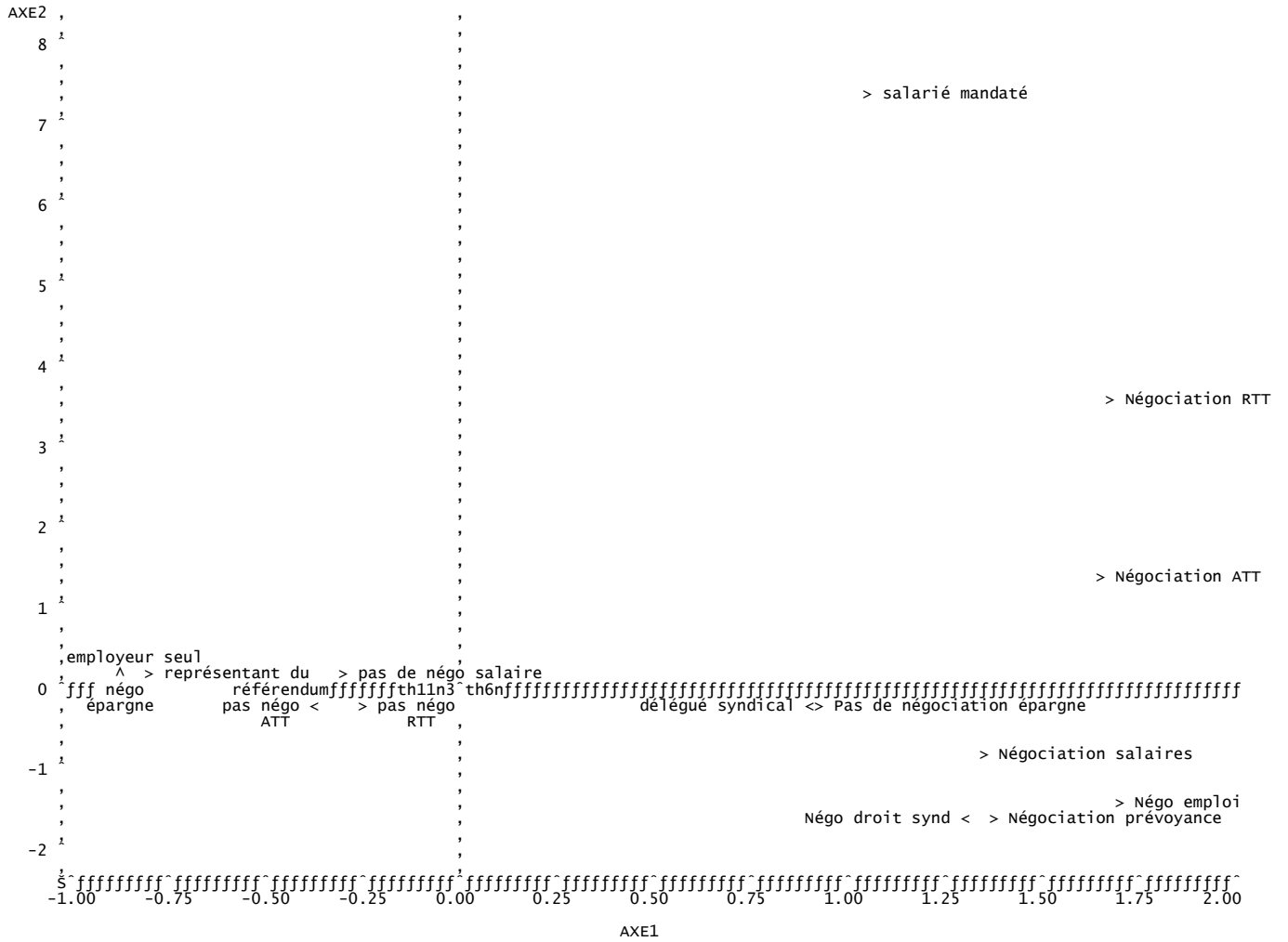
Graphique 12 : arbre de classification pour la période 2002-2005

arbre de classification des formes fortes

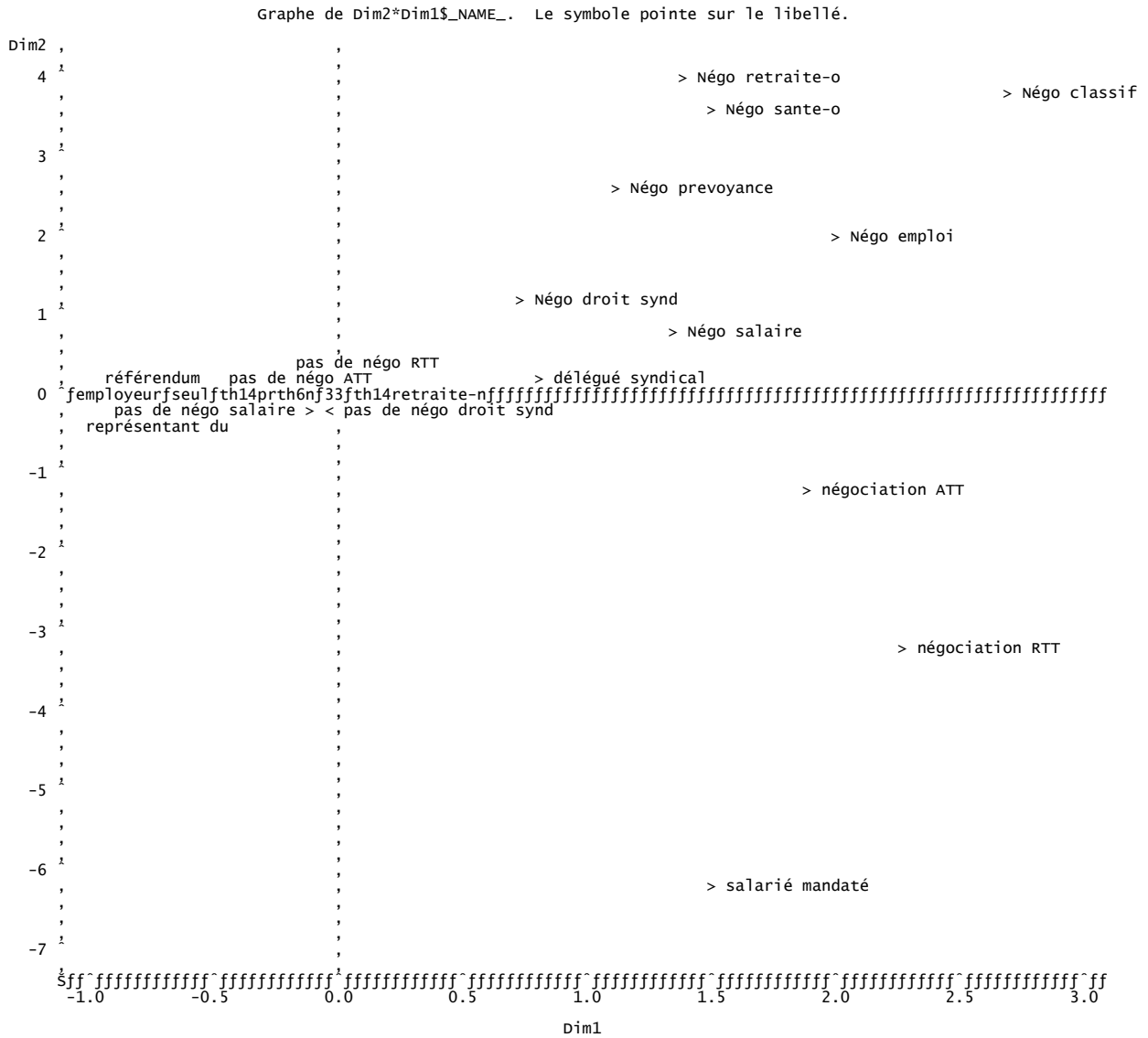


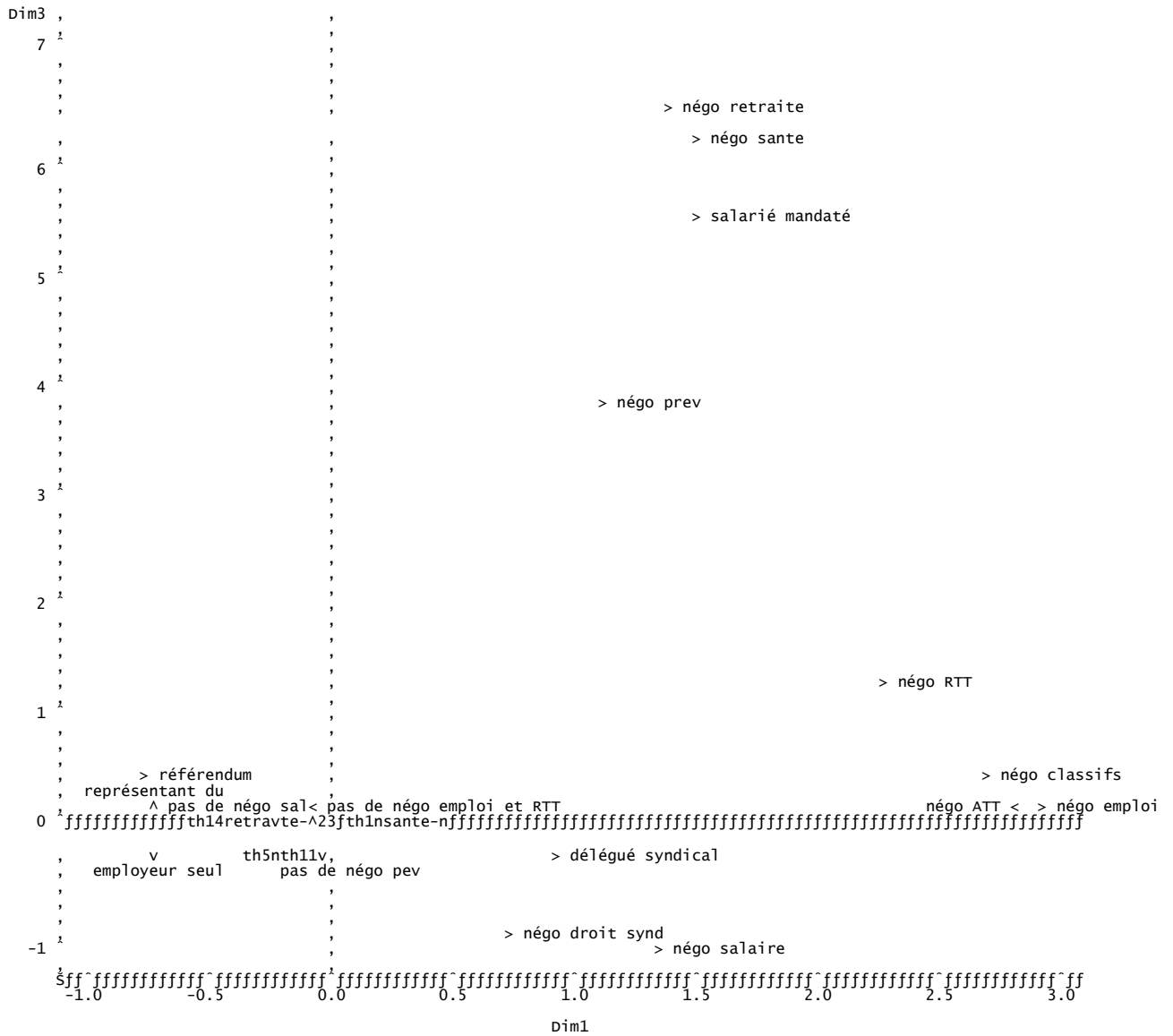
Graphique 13: représentation de l'axe 1 et 2 issus de l'ACM menée sur l'année 2005

Décomposition du thème PSC



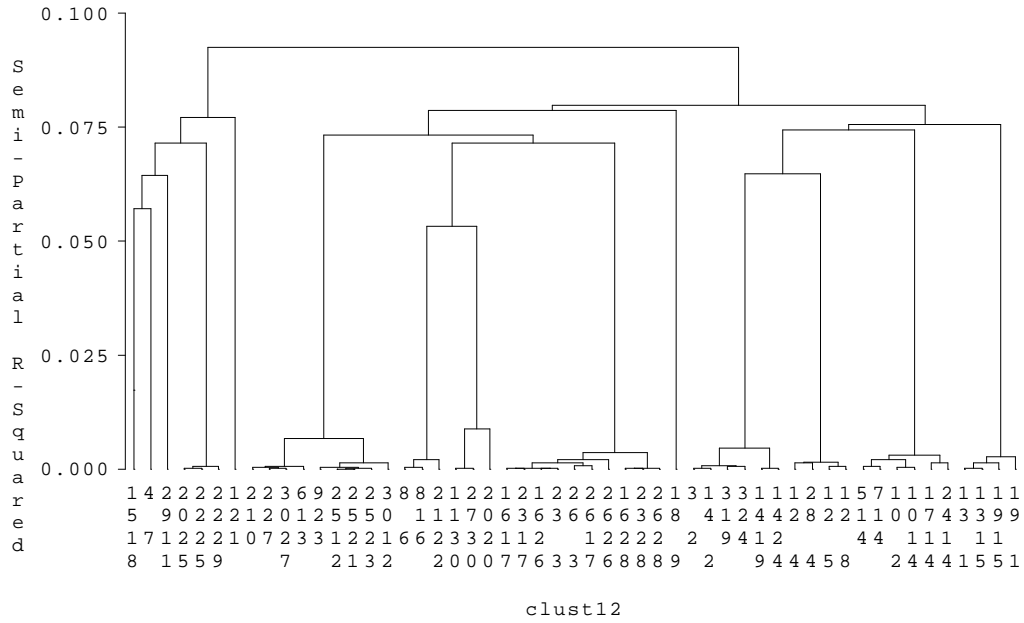
Graphique 15 : résultats issus du croisement des axes de l'ACM





Graphique 16 : arbre de classification

arbre de classification des formes fortes



Conclusion.

Pourquoi et comment s'intéresser à la PSCE ?

Trois enseignements se dégagent de ces développements préliminaires qui permettent de préciser les orientations de la recherche.

Une complémentarité indispensable à la protection sociale des individus

Le premier enseignement est qu'en dépit des flux financiers comparativement modestes au regard de ce que représentent les couvertures obligatoires des risques vieillesse, incapacité, invalidité et maladie, les couvertures complémentaires sont aujourd'hui un pilier indispensable de la protection sociale et très probablement promises à un développement renforcé. En raison de tendances structurelles lourdes (vieillesse de la population, croissance ralentie, dette sociale), la place occupée par les régimes généralisés ne peut en effet que se réduire, quand bien même les politiques publiques de durcissement d'accès aux droits pour la retraite ou l'invalidité-incapacité, ou de maîtrise des dépenses de santé, parviendraient à marquer des points en redonnant un peu d'aisance budgétaire aux régimes obligatoires. Dans un contexte socio-démographique exigeant en ressources alors que les pressions budgétaires sont fortes, la voie de retour vers les systèmes publics, consolidés et généreux de l'État social, semble bien fermée. Nous partons de cette hypothèse de travail.

Une régulation incitative

La définition de nouvelles règles du jeu implique les autorités publiques dans un processus de réarrangement d'intérêts divers. L'analyse historique que nous avons conduite, l'examen approfondi du nouveau contexte réglementaire, les positions et stratégies des acteurs du marché de la complémentaire montrent que l'acteur public doit en effet composer avec des secteurs d'activité structurés, des pratiques instituées d'entreprises, des allocations établies de « droits de décision » au sein des collectifs de travail. Le changement est important. Alors qu'elle a, par le passé, essentiellement relevé de l'intervention réglementaire ponctuelle et du management d'entreprise, voire de l'administration du personnel, la PSCE est inscrite aujourd'hui dans un cadre, politique et institutionnel, qui l'impulse, la légitime, la finance et lui assigne des responsabilités élargies – que ce soit dans la compensation des effets des aléas de l'existence ou dans la couverture de fractions croissantes de la population – ou nouvelles – accompagner les politiques gouvernementales de gestion des risques vieillesse, invalidité ou maladie.

Un modèle hybride : entre assurance sociale et assurance privée

L'examen de la dynamique institutionnelle permet de tirer quelques enseignements relativement au modèle économique et social de la PSCE. Le modèle qu'elle propose est plus proche du modèle « sécurité sociale » que du modèle « assurantiel pur ». Les dispositions réglementaires récentes vont en effet dans le même sens pour : encourager le collectif face à l'individuel et l'obligatoire face au facultatif, dissuader la sélection des risques, unifier les garanties à l'intérieur de catégories, valoriser la négociation et la gestion paritaire et insérer les mécanismes contractuels dans un ensemble de règles responsables, tant vis-à-vis de la collectivité que des assurés. Le système d'incitation peut jouer certes comme élément déclencheur et normalisant

dans les entreprises qui n'avaient pas mis en place de régimes de prévoyance ou de retraite, mais ailleurs dans entreprises qui ont mis en place des assurances complémentaires collectives, il « entre » dans des pratiques établies, dans des systèmes institués et dans des champ de relations économiques et sociales stabilisées. Toutefois dans les deux cas, il peut opérer comme une contrainte mais il peut aussi apporter aux acteurs – les entreprises, les assureurs et les salariés – de nouvelles ressources stratégiques.

Il convient alors de s'intéresser de près à la façon dont les entreprises, dans cet environnement nouveau, (re)problématisent leurs dispositifs d'assurance complémentaire collective, en revoient l'architecture et en revisitent l'organisation et les modes de gestion. C'était l'objet de l'enquête en entreprise dont il est rendu compte dans la deuxième partie.

DEUXIEME PARTIE

LES PRATIQUES D'ENTREPRISE EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Chapitre 5. Construction du cadre d'analyse

Chapitre 6. Pratiques observées dans les entreprises

Chapitre 7. Variété et dynamiques des protections sociales
complémentaires

Introduction

Nous avons consacré la première partie à l'analyse des formes d'incitation et de normalisation qui sous-tendent la dynamique d'institutionnalisation de la protection sociale complémentaire dans les entreprises. Nous avons conclu en disant que le devenir de la protection sociale dépendait pour une part croissante des arbitrages réalisés par les entreprises sur un ensemble de questions stratégiques relatives à l'étendue des populations couvertes en complémentaire, au périmètre des protections instaurées, enfin au caractère facultatif ou obligatoire de celles-ci.

Cette deuxième partie rend compte des pratiques des entreprises dans le domaine de la protection sociale complémentaire et explore les enjeux de son développement et de son évolution. Le matériau empirique original sur lequel repose l'analyse est constitué d'une étude menée auprès d'une dizaine d'entreprises. Elle est organisée en trois chapitres.

Le *Chapitre 5* présente le cadre méthodologique d'un travail de terrain qui au travers d'une analyse « intra-cas » et d'une comparaison « inter-cas » poursuit deux objectifs, descriptif (les pratiques) et analytique (les enjeux). D'une part, nous cherchons à caractériser l'architecture générale du système de protection sociale complémentaire : Quels sont les risques couverts ? A quelles catégories de salariés sont-ils destinés ? Comment sont-ils financés ? Quelles sont les garanties contractuelles offertes ? Qui sont les organismes gestionnaires ? D'autre part, nous cherchons à mettre en perspective le processus actuel de décision au regard des pratiques anciennes, pour comprendre les démarches stratégiques des entreprises et les « nouveaux » modèles de PSCE, leur architecture et leur gouvernance. Nous justifions l'orientation générale de notre démarche d'investigation, puis formulons un ensemble de questions et présentons le schéma de l'enquête en entreprise que nous avons conduite au cours de l'année 2007.

Le *Chapitre 6* est consacré à la présentation des résultats observés sur les dix cas étudiés. Une attention particulière est portée à l'effort contributif des entreprises et à sa répartition entre les employeurs et les salariés puis sont développés un ensemble de *focus* transversaux sur chacun des risques couverts par la PSCE : assurance maladie complémentaire des salariés, assurance maladie complémentaire des retraités, prévoyance invalidité, incapacité, décès et retraite supplémentaire.

Le *Chapitre 7* dégage les enseignements transversaux de l'analyse des cas.

CHAPITRE 5

Construction du cadre d'analyse

Quels sont les risques couverts ? A quelles catégories de salariés sont-ils destinés ? Comment sont-ils financés ? Quelles sont les garanties contractuelles offertes ? Qui sont les organismes gestionnaires ? En bref quelle est l'architecture générale des systèmes de protection sociale mis en place dans les entreprises qui viennent compléter les prestations de base de la sécurité sociale obligatoire ? Dans quelle mesure les pratiques, anciennes pour certaines entreprises, ont-elles été réévaluées à l'aune de l'évolution récente du cadre législatif et réglementaire ? Quelles sont les règles de décision adoptées et comment comprendre, et analyser, les arbitrages faits dans les entreprises par les différentes parties prenantes au système de protection sociale complémentaire ? Comment et par qui se prennent les décisions, ou dit autrement, qui tient la boussole de la prévoyance collective ? C'est cette série de questions que l'enquête en entreprise a voulu explorer.

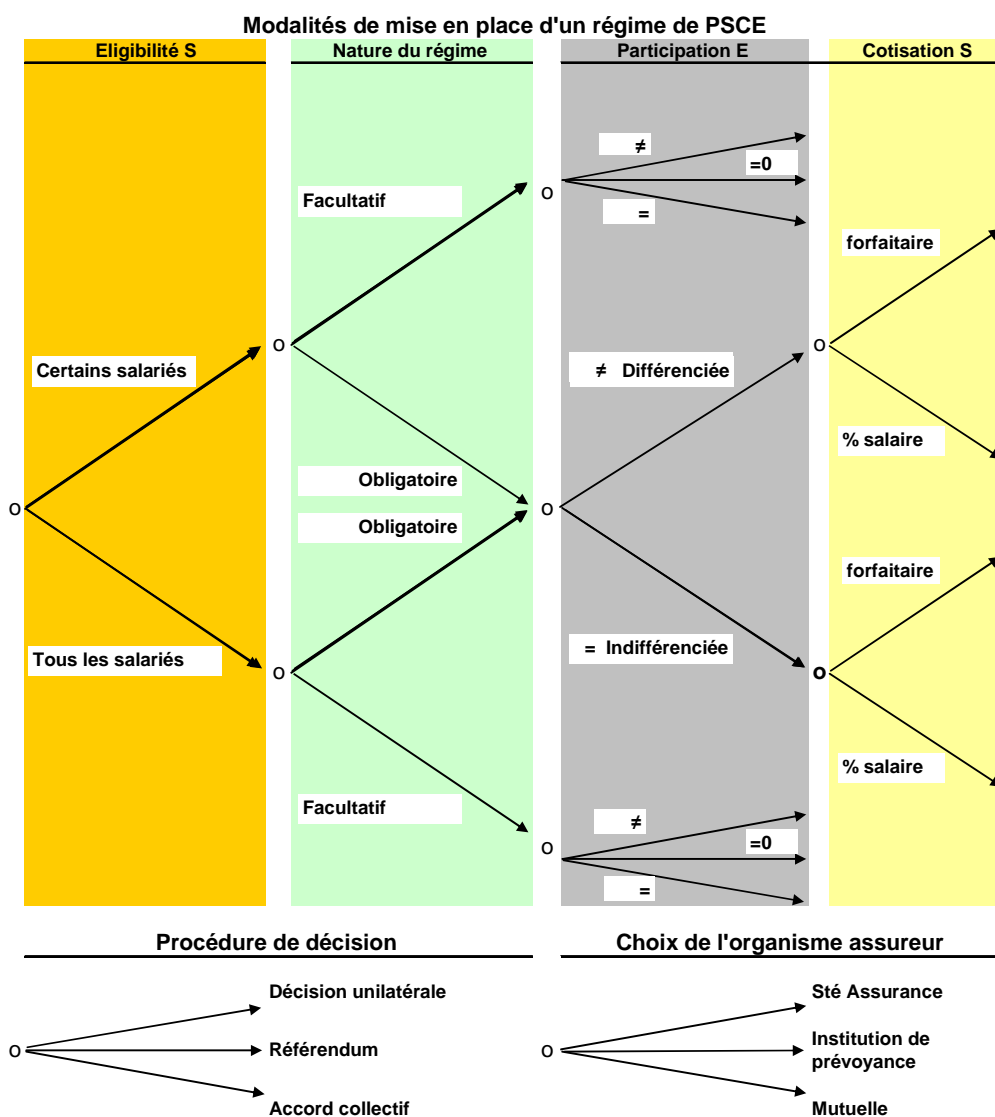
Ce premier chapitre est de nature méthodologique. Dans un premier temps, nous développons notre présupposé selon lequel l'architecture, à un moment donné, du système de protection sociale dans l'entreprise est la résultante de choix faits par les parties prenantes à la décision, lors de sa mise en place ou de son évolution au cours du temps. La confrontation des faits observés aux choix possibles laisse apparaître l'existence de règles de décision, par exemple « mettre en place un régime unique pour l'ensemble des salariés », « instaurer une cotisation forfaitaire », « différencier les prestations », « choisir une mutuelle de préférence à une société d'assurance ». L'usage de ces règles est variable ; elles désignent des manières différentes de faire de la prévoyance collective. Mais il existe aussi des éléments de régularité, qui ne renvoient pas uniquement aux facteurs d'homogénéisation portés par le cadre réglementaire. Nous dégageons ces règles de décision dans la *Section 1* pour pouvoir les discuter dans la *section 2* à partir de la question : quels sont les déterminants du choix de telle ou telle règle de décision dans un processus de décision « triangulaire » entreprise-salarié-assureur où s'expriment des préférences hétérogènes et des logiques d'intérêt différenciées ? Nous disposons alors d'une grille pour aborder et traiter le matériau empirique de cette recherche, constitué de l'analyse approfondie des pratiques de quelques entreprises. Nous justifions et présentons la démarche d'investigation dans une *Section 3*. Les résultats seront présentés dans le chapitre 6.

Section 1. Processus de décision

On peut formaliser le processus de mise en place, ou d'adaptation, d'un dispositif de prévoyance collective comme un processus de décision et le représenter sous la forme classique d'un arbre de décision dont les nœuds représentent des points « critiques », au sens où les acteurs vont devoir faire des choix entre deux ou plusieurs options (1.1). Le rassemblement de quelques faits stylisés à partir de la littérature existante permet de repérer des règles de décision adoptées par les décideurs (1.2).

1.1 Points de décision critiques

Les décisions à prendre sont de différente nature, les unes sont de nature juridique (procédurale), les autres sont d'ordre « conceptuelle » (objectifs poursuivis), les dernières (choix de l'organisme assureur) d'ordre opérationnel. (Graph 1, ci-dessous)



1.1.1. Mettre ou ne pas mettre en place un dispositif de PSCE

La première décision à laquelle l'entreprise est confrontée est celle de mettre en place ou non un dispositif collectif de protection complémentaire, cette question étant raisonnée au regard d'un risque ou d'un ensemble de risques : santé, incapacité-invalidité et décès ou retraite.

La latitude décisionnelle de l'entreprise peut être contrainte par l'existence d'un accord négocié dans le cadre de la branche professionnelle si celui-ci a fait l'objet d'un arrêté d'extension qui a rendu sa mise en place obligatoire pour toutes les entreprises de la branche (*cf. supra*, chapitre 4, 1^{ère} partie). On sait par ailleurs que ces accords de branche cadrent de façon plus ou moins stricte les régimes qui ont été négociés :

- soit ils se limitent à la définition d'un panier de garanties, obligeant l'entreprise à négocier un accord d'entreprise pour le mettre en œuvre
- soit ils définissent en plus du panier de garanties, une répartition de la cotisation entre le salarié et l'employeur et recommandent un ou plusieurs organismes assureurs,
- soit ils prévoient une définition précise des prestations et des cotisations et contiennent une clause de désignation d'un ou plusieurs organismes assureurs auprès desquels les entreprises doivent assurer les garanties.

Les accords collectifs de branche sont relativement plus nombreux dans le domaine de la prévoyance – 181 branches professionnelles sont en 2006 couvertes par un accord de branche, dont les deux-tiers environ avec clause désignation – que dans celui de la santé. Le nombre d'accords collectifs de branche est de l'ordre d'une trentaine en 2006, ce qui ouvre un espace largement ouvert à la négociation professionnelle ou d'entreprise. Les entreprises non couvertes par un accord de branche sont d'ailleurs tenues d'ouvrir la négociation annuelle obligatoire au thème de la prévoyance santé. Quant aux régimes de retraite supplémentaire, ils sont le plus souvent mis en place directement au niveau de l'entreprise.

1.1.2. Les salariés à couvrir

De même que les régimes négociés dans le cadre de branches, les régimes collectifs d'entreprise peuvent couvrir l'ensemble des salariés ou certaines catégories objectives de personnel. Les catégories objectives sont celles du droit du travail (ouvriers, employés, agents de maîtrise, ingénieurs et cadres) ou celles qui sont en usage dans les accords collectifs professionnels. S'ils couvrent l'ensemble des salariés, les régimes d'entreprise peuvent ou non harmoniser les cotisations et les prestations entre les groupes de salariés distingués. Pour pouvoir être étendus, les accords de branche doivent prohiber toutes mesures discriminatoires,²¹³ les garanties conditionnelles à l'âge étant particulièrement visées.

1.1.3. La procédure de décision

La loi du 31 décembre 1989 prévoit trois procédures alternatives pour mettre en place un contrat de cette nature. L'entrepreneur peut négocier avec les partenaires sociaux dans le cadre d'un accord collectif (a). Il peut également soumettre son projet au personnel par voie de référendum (b). Il peut enfin mettre en place le contrat de son propre chef (i.e. décision unilatérale de l'employeur) (c).

²¹³ Sur la base de l'art. L.122-45 du Code du travail qui interdit toutes mesures discriminatoires, directes ou indirectes en matière de rémunération. Un régime de prévoyance est considéré comme un élément de rémunération.

a) L'accord collectif d'entreprise. Dans ce cas, les interlocuteurs de l'employeur sont les délégués syndicaux si la société emploie plus de 50 salariés, ou des membres du personnel spécialement mandatés par les syndicats représentatifs dans l'entreprise lorsque l'effectif est inférieur. La négociation doit porter sur le type de garanties, sur la catégorie des salariés concernés, sur le taux, l'assiette et la répartition des cotisations, sur la durée de l'accord, ses modalités de révision et de dénonciation. Une fois signé, l'accord collectif doit être déposé à la direction départementale du travail et de l'emploi, et un exemplaire doit être remis au comité d'entreprise ou, à défaut, aux représentants du personnel. Enfin, il faut mettre à la disposition du personnel un exemplaire de l'accord et afficher un avis dans l'entreprise.

b) Le référendum. Le référendum peut s'organiser dans le cadre de l'entreprise ou bien de l'un de ses établissements. Il est désigné par la loi (art.2 de la loi Evin, cf. supra) comme une procédure de « ratification par la majorité des salariés d'un projet proposé par le chef d'entreprise ». Son organisation s'aligne en pratique sur les procédures d'élection des représentants du personnel. La date de consultation est fixée par l'employeur, qui doit informer les salariés sur le sujet de la consultation. Il faut prévoir un « délai raisonnable » entre l'annonce et la consultation (de l'ordre d'un mois). Le scrutin doit se dérouler pendant le temps de travail ou par correspondance. Le vote s'effectue à bulletin secret. Le projet est adopté s'il recueille la majorité simple. En cas de contentieux sur le déroulement du vote, c'est le tribunal d'instance qui est compétent. Le projet établi doit reprendre les mêmes clauses que celles de l'accord (type de garanties, salariés concernés, ventilation des cotisations et modalités de révision). Il est ensuite soumis au groupe de salariés concernés.

c) La décision unilatérale. La décision unilatérale n'a pas la force obligatoire de l'accord collectif ou du vote par référendum. L'une des conséquences est que les salariés présents dans l'entreprise ne peuvent être contraints d'y adhérer, du moins dans le domaine de la prévoyance. Si le contrat mis en place comporte une retraite complémentaire et qu'une part de la cotisation reste à la charge des salariés, l'employeur doit s'assurer que ceux-ci ne s'opposent pas au précompte. A défaut, il ne peut le leur imposer. Toutefois, l'accord est opposable aux salariés embauchés postérieurement à la signature. Le comité d'entreprise doit être préalablement consulté et la décision unilatérale doit donner lieu à un document écrit remis à chaque salarié.

1.1.4. Le choix du cadre réglementaire

La mise en œuvre d'une garantie de prévoyance peut être à adhésion obligatoire donc imposée à l'ensemble des salariés de l'entreprise ou aux salariés d'une « catégorie objective », ou à adhésion facultative.

La règle de décision « mettre en place un régime obligatoire » implique pour l'entreprise un certain nombre de conséquences : a) quant au formalisme de la procédure de décision, b) quant à la population éligible et quant aux conditions d'accès au régime, c) quant au financement du régime. En contrepartie un certain nombre d'avantages sont attachés aux régimes d'entreprise rendus « obligatoires » (d).

a) La mise en place d'un régime obligatoire suppose l'accord collectif ou le référendum. Une décision unilatérale peut faire naître une obligation, mais dans ce cas les salariés présents au moment de la décision peuvent ou non accepter de souscrire au contrat qui en revanche est rendu obligatoire aux nouveaux entrants.

b) Le régime doit bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble des salariés ou aux catégories concernées par l'accord et les conditions d'accès discriminatoires sont prohibées,

c) Le personnel concerné par le contrat souscrit est obligé d'y adhérer et de s'acquitter des cotisations prévues. Des dérogations sont prévues, notamment pour les salariés couverts par la CMU complémentaire, les salariés en CDD, les travailleurs saisonniers et les salariés à employeurs multiples.²¹⁴ Si un employeur peut ne pas participer au financement d'un contrat à adhésion facultative, en revanche, il doit contribuer financièrement au régime obligatoire.

d) Un contrat obligatoire, mis en place en respectant le formalisme procédural et respectant le caractère collectif bénéficie des règles autorisant la déductibilité fiscale et l'exonération sociale des cotisations.²¹⁵ Dans le cas particulier où le comité d'entreprise contribue – c'est un cas fréquent en complémentaire santé lorsqu'il existe une mutuelle d'entreprise – la participation du CE est assimilée à une contribution employeur quand le régime est obligatoire et mis en place dans les règles ; elle est considérée comme un complément de salaire et donc soumis à cotisations sociales dans le cas d'un contrat facultatif.

1.1.5. Le financement et la répartition de l'effort contributif

La participation de l'employeur fait l'objet d'une négociation. La répartition de l'effort contributif telle qu'elle a été instituée dans les régimes conventionnels (60 % pour l'employeur, 40 % pour le salarié), joue quelquefois comme « point d'ancrage ». Les dispositions de la loi Fillon de 2003 ont introduit la notion de « contribution significative » : la seule prise en charge des frais de mise en place et de gestion du régime ne constitue pas, de la part de l'employeur, une participation significative à son financement.

1.1.6. La répartition de la charge de cotisation entre les salariés

La cotisation du salarié peut être proportionnelle au salaire, plafonnée ou calculée sur l'intégralité du salaire, ou forfaitaire, éventuellement exprimée en pourcentage d'une grandeur de référence (le plus souvent le plafond mensuel de sécurité sociale). Dans le choix entre ces quatre modalités de financement, qui n'est pas neutre sur le montant de la cotisation, sont en jeu les doses de « solidarité » ou de « redistributivité » préférées par les parties prenantes à la définition du régime. Les cadres ou les salariés les mieux payés doivent-ils participer plus que les non cadres (ou les moins payés) et pour quelles prestations ? Les cotisations doivent-elles être uniformes quelle que soit la composition familiale (ce qui veut dire que l'on accepte une solidarité horizontale : des célibataires vers les familles) ? Quel sort réserver aux retraités ? Dans quelle mesure les salariés actifs doivent-ils « subventionner » les régimes des ex-salariés ?

1.1.7. Le périmètre du panier « socialisé » dans le cadre de l'entreprise

Quels sont les risques à couvrir. Faut-il étendre la protection collective, acquise dans l'entreprise à l'ensemble des risques ou allouer prioritairement les ressources aux risques les moins bien couverts par les régimes de base ? Comment définir le périmètre des garanties et arbitrer éventuellement entre les garanties principales et les garanties accessoires ? Quelle part réserver au panier « socialisé » dans le cadre du collectif du travail et quelle part réserver à « l'optionnel facultatif » à la charge du salarié ?

²¹⁴ Les dérogations ne sont prises en compte que dans la mesure où elles sont expressément prévues dans le texte instaurant le régime

²¹⁵ Pour les contrats santé, le bénéfice du traitement social et fiscal est par ailleurs conditionnel au respect de la clause « contrat responsable »

1.1.8. Le choix de l'assureur

Au-delà du choix entre les trois familles d'opérateurs (mutuelle, IP, société d'assurance), c'est sur l'ensemble de l'organisation que l'entreprise doit se positionner et choisir, éventuellement, une gestion intermédiée par un courtier.

1.2. Que savons-nous des choix opérés dans les entreprises ? Constats empiriques

La littérature n'est pas très abondante. Pour la prévoyance, nous pouvons nous appuyer sur deux enquêtes : l'enquête IRDES sur la protection sociale complémentaire et le baromètre CETIP/CREDOC. En ce qui concerne la retraite supplémentaire, nous disposons des données de la DREES ou de l'INSEE. Toutefois, seule l'enquête IRDES permet d'appréhender dans le détail, certes sur un mode déclaratif, les pratiques des entreprises.

a) L'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) a été réalisée fin 2003 par l'IRDES auprès de 1.744 établissements employant au moins un salarié, hors administration et hors secteur agricole. Cette enquête a permis de recueillir, par voie d'entretiens téléphoniques, des informations sur l'offre d'une complémentaire santé (ou le motif de son absence), sur son mode de gestion, sur le contenu des contrats et sur la proposition ou non d'une prévoyance santé. C'est la seule enquête qui permet une approche générale de la PSCE, sur la base d'un échantillon représentatif.²¹⁶

b) Le Baromètre des institutions de prévoyance est une enquête sur les attentes des salariés et des responsables de PME en matière de prévoyance et de complémentaire santé. Elle est confiée par le CTIP au CREDOC et réalisée tous les deux ans. En 2007, pour la septième vague d'enquête, plus de 1 000 salariés et, dans des PME de moins de 200 salariés, plus de 300 responsables d'entreprise (chefs d'entreprise, chefs du personnel, directeurs des ressources humaines) ont été interrogés par téléphone. Ils apportent le témoignage de leur situation et expriment leurs attentes en matière de garanties et de services.²¹⁷

c) Le suivi statistique de l'épargne retraite de la DREES permet de recueillir des informations sur les produits mis en place par la loi Fillon et sur d'autres produits d'épargne retraite antérieurs à la loi (« articles 39 et 83 »).²¹⁸ L'enquête structure des salaires de l'INSEE permet également de dresser un tableau statistique de l'épargne salariale et sa diffusion dans les entreprises françaises.²¹⁹ Les champs couverts vont toutefois au-delà de la PSCE : épargne salariale pour l'INSEE, épargne retraite pour la DREES mais avec une difficulté à bien identifier les contrats collectifs.

1.2.1. La propension à « offrir » un régime de PSCE

Le degré de couverture des salariés est relativement bon en santé et en prévoyance mais l'accès à ces couvertures complémentaires n'est pas également réparti selon les entreprises.

²¹⁶ A. COUFFINHAL, N. GRANDFILS, M. GRIGNON, T. ROCHEREAU : « *Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France. Methodologie et premiers résultats* ». IRDES, Rapport n° 1540, septembre 2004, 146 pages, Synthèse in *Questions d'économie de la santé*, n° 83.

²¹⁷ 7ème baromètre CTIP/CREOC www.ctip-asso.fr

²¹⁸ N. AUGRIS « L'épargne retraite en 2005 », *DREES Etudes et résultats*, n° 585, juillet 2007.

²¹⁹ H. CHAPUT, M. KOUBI, C. Van PUymbroeck, « Epargne salariale : des pratiques différenciées selon les entreprises et les salariés ». In : INSEE *Les salaires en France, édition 2006*, pp. 63-76.

IRDES : 67 % des salariés travaillent dans un établissement qui propose une complémentaire maladie.

Le pourcentage de salariés travaillant dans un établissement qui propose une couverture (67 %) est supérieur au pourcentage établissements concernés (40 %). En effet, le fait que les établissements à fort effectif, appartenant eux-mêmes à de grandes entreprises, proposent plus souvent une complémentaire maladie augmente la part de salariés couverts. Cette part varie selon le secteur d'activité. Elle est de 76 % dans le secteur de l'industrie, 75 % dans le secteur de la construction et 61 % dans le secteur des services.

CETIP-CREDOC :

30% des salariés des entreprises de moins de 10 salariés, 29% des salariés du commerce, contre seulement 8% des salariés d'entreprises de plus de 500 salariés déclarent ne pas avoir de couverture prévoyance.

INSEE :

L'accès au dispositif (d'épargne salariale) est inégalement réparti selon les entreprises : en 2003, 41% des salariés ont été bénéficiaires (sous forme de participation, d'intéressement et d'abondement de l'entreprise sur les plans) : 8% dans les entreprises de moins de 50 salariés, 74 % dans les entreprises de plus de 500 salariés.

La liaison entre taille de l'entreprise et l'offre est empiriquement vérifiée dans les travaux réalisés aux Etats-Unis.²²⁰ L'argument évoqué est que, vis-à-vis des assureurs, les grandes entreprises sont d'une position de monoposone et ont la capacité d'influencer le prix d'achat du contrat d'assurance complémentaire. Mais de nombreuses variables interférentes peuvent jouer positivement sur l'offre ou la demande d'assurance complémentaire : les entreprises de grande taille sont aussi celles où le taux de syndicalisation est le plus élevé, elles sont relativement plus nombreuses dans les secteurs manufacturiers traditionnels qui ont développé plus tôt des pratiques de protection. Ces entreprises de grande taille opèrent sur des marchés imparfaits générateurs de rentes qui leur donnent une bonne grande capacité à payer.

1.2.2. Des couvertures généralisées ou segmentées

En prévoyance et en complémentaire santé, la règle de décision qui domine est celle de ne pas exclure des couvertures instituées.²²¹ Les cas d'exclusion rencontrés le plus fréquemment sont liés au statut du contrat de travail et au statut professionnel : certaines couvertures peuvent n'être ouvertes qu'aux cadres de l'entreprise, par exemple, ce qui rare dans le champ de la santé, moins rare dans celui de la prévoyance, fréquent dans celui de la retraite supplémentaire.

IRDES : Quand un établissement propose une couverture complémentaire maladie, il la propose de la même manière à tous ses salariés.

Parmi les établissements proposant une complémentaire maladie à leurs salariés, 83 % ne font pas de différence en termes d'accessibilité au sein de leur personnel : 50 % l'imposent à tout leur personnel et 33 % la proposent de manière facultative à tous leurs salariés.

Pour 16 % des établissements, les catégories socioprofessionnelles ou le type de contrat dont disposent les salariés déterminent le mode d'accès, obligatoire ou facultatif, ou le non-accès à la complémentaire

²²⁰ S. GLIED, P. BORZI « The Current State of Employment-Based Health Coverage », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Fall 2004, p. 404-409

²²¹ Aux USA, en 2003, 20% des travailleurs non assurés travaillaient dans des entreprises offrant une assurance santé mais en étaient exclus pour des raisons tenant soit à la catégorie professionnelle, soit au type de contrat de travail (contrat à temps partiel, contrat temporaire). Source : S. GLIED, P. BORZI, ibid

maladie selon de multiples cas de figure (par exemple, exclusion des salariés en contrat à durée déterminée et/ou des non-cadres).

INSEE

Les salariés occupant des postes de niveau hiérarchique élevé ont plus souvent accès à l'épargne salariale : 50% des cadres et professions intermédiaires contre 35 % des employés et ouvriers.

1.2.3. Des procédures négociées

Les résultats montrent la proximité avec ce que l'on connaît du dialogue social dans les entreprises. En lien avec l'importance de leur rôle dans les grandes entreprises, on trouve une plus grande participation des représentants des salariés dans le processus décisionnel. Dans les petites entreprises, la décision est le plus souvent de nature discrétionnaire. De façon générale, les décisions « opérationnelles », c'est-à-dire le choix de l'organisme assureur, sont ou contraintes par l'existence d'une clause de désignation, ou centralisées au niveau de la direction des ressources humaines.

IRDES : Dans près d'un établissement sur deux, les salariés n'interviennent pas dans la décision de proposer ou non une complémentaire maladie dans l'établissement

Dans 4 établissements sur 10, la décision d'avoir une complémentaire maladie dans l'établissement a été prise de façon unilatérale par l'employeur ; dans 1 cas sur 3, cette décision a été prise de façon commune entre l'employeur et les représentants du personnel. Dans 7 % des cas, le fait d'avoir une complémentaire maladie relève d'un accord de branche ou d'une convention collective. Dans les très petites entreprises (moins de 10 salariés), la décision d'avoir une complémentaire maladie dans l'entreprise relève dans la moitié des cas de l'employeur seul. Par contre, dans les très grosses entreprises, on note un rôle décisionnel plus important des représentants du personnel qui sont, dans 2 cas sur 10, seuls à l'origine de l'existence de la complémentaire maladie.

La sélection de l'organisme est effectuée dans la majorité des cas par la direction des ressources humaines (43,5 % des établissements), dans 16 % des établissements par une commission mixte (employeurs, représentants du personnel) et dans 7 % par les représentants du personnel. Dans 23 % des cas, l'organisme a été imposé, majoritairement par la branche ou dans un tiers des cas par le siège ou le groupe.

Dans plus d'un quart des établissements, les assurés prennent part aux discussions avec l'organisme gestionnaire ; le rôle des assurés augmente avec la taille de l'entreprise puisque dans 65 % des entreprises de 500 salariés et plus, les salariés participent aux discussions, contre seulement 18 % dans les entreprises de moins de 10 salariés.

Globalement, dans 35 % des établissements, l'organisme de complémentaire maladie est le même depuis au moins 15 ans ; pour 67 % des établissements, cette gestion par le même organisme remonte au moins à 5 ans. 4 établissements sur 10 ont déjà renégocié le contrat avec l'organisme de complémentaire maladie (5 sur 10 sont dans le cas inverse et 1 sur 10 n'ont pas répondu).

1.2.4. Le choix fréquent du cadre obligatoire

La règle de décision qui domine en complémentaire santé est celle du contrat obligatoire : 44% des salariés couverts en assurance complémentaire santé ont accès à un contrat obligatoire qui s'impose à tous et une part importante des salariés qui ont accès à des couvertures différenciées sont couverts obligatoirement.

IRDES : 44 % ont accès à un contrat obligatoire pour tous.

Parmi eux, 67 % se voient proposer un contrat unique sans options, 10 % un contrat à options, les autres étant des contrats dont les garanties diffèrent selon les catégories socioprofessionnelles ; 32 % peuvent

souscrire un contrat facultatif proposé à tous les salariés. Pour 45 % d'entre eux, il s'agit d'un contrat à options accessible à tous les salariés, pour 48 %, d'un contrat sans options proposant donc une formule unique à tous. Les 7 % restants ont accès à un contrat facultatif pour tous qui varie selon les catégories socioprofessionnelles ; 24 % se voient proposer des contrats qui excluent certaines catégories de salariés ou dont le caractère obligatoire ou facultatif diffère selon les catégories. Il s'agit essentiellement de contrats obligatoires. Ainsi, 12 % des salariés se voient proposer des contrats obligatoires qui excluent les non-cadres et 9 % des contrats obligatoires qui excluent les CDD.

Ainsi, si toutes les formes de contrats coexistent sur le marché de la complémentaire maladie collective, le contrat obligatoire est largement majoritaire : 44 % des salariés auxquels s'ajoute une forte proportion des 24 % qui travaillent dans un établissement proposant un contrat différencié selon les catégories de salariés. Le contrat obligatoire est très souvent proposé sous la forme d'un contrat unique, mais quelle que soit sa forme, il n'est pas soumis au risque d'antisélection puisque tous les salariés concernés sont obligés d'y souscrire.

1.2.5. Une contribution de l'employeur plutôt indifférenciée

La participation moyenne de l'employeur aux régimes de prévoyance santé est significative et le plus souvent elle est indifférenciée.

IRDES : Lorsque l'employeur participe au financement, il intervient en moyenne à hauteur de 58%

Pour 87 % des établissements proposant une complémentaire maladie, la participation financière de l'employeur à la complémentaire maladie est *la même pour tous les salariés* ; 14 % des établissements ne participent pas du tout à ce financement (27 % dans le secteur de l'industrie, 15 % dans le secteur des services et 2 % dans le secteur de la construction) ; pour les établissements dans lesquels l'employeur finance de manière uniforme tous les salariés, le niveau moyen de participation des employeurs est de 58 %. Cette proportion ne varie pas beaucoup selon la taille de l'entreprise ; elle semble néanmoins légèrement moins élevée pour les établissements de 50 salariés et plus que pour les établissements de moins de 50 salariés. Elle varie entre 53 % pour le secteur de l'industrie et 59 % pour le secteur du bâtiment.

Dans 11 % des établissements enquêtés, il existe différents niveaux de participation de l'employeur selon les catégories de salariés : dans 7 % des cas, la participation de l'employeur est plus élevée pour les catégories supérieures, dans 2 % des cas, la participation employeur est favorable aux catégories inférieures et dans 2 % des cas, les différences de participation ne dépendent pas des catégories socioprofessionnelles mais par exemple de la situation familiale.

1.2.6. Des modalités de tarification diverses

La cotisation en complémentaire santé est le plus souvent forfaitaire.

IRDES : La participation des salariés au financement de la couverture est principalement forfaitaire

Dans 86 % des établissements, le mode de calcul de la cotisation des salariés est le même pour toutes les catégories socioprofessionnelles. Dans la majorité des établissements, la cotisation prend la forme d'un forfait unique (44 % de l'ensemble des établissements) ou est proportionnelle au salaire (20 % de l'ensemble des établissements) ; dans 4,5 % des établissements, les salariés ne paient aucune cotisation ; d'autres modes de cotisations sont rencontrés de façon plus marginale : cotisation proportionnelle au salaire plafonné (5 %), cotisation forfaitaire avec des classes d'âge, d'ancienneté ou selon la situation familiale (3,5 %), cotisation proportionnelle à la portion du salaire située au-dessus du plafond (1 %)..

Dans 12 % des établissements, le mode de calcul de la cotisation des salariés n'est pas le même pour toutes les catégories socioprofessionnelles. Dans 22 % de ces établissements, les cotisations sont forfaitaires avec différents niveaux selon la catégorie sociale, dans 19 % les cotisations sont proportionnelles au salaire avec différents pourcentages selon les catégories sociales et dans 16 %, les cotisations sont forfaitaires pour les ouvriers et proportionnelles au salaire pour les cadres. Les autres

formes de cotisations différenciées selon les catégories de salariés sont nombreuses mais correspondent chacune à moins de 10 % des établissements.

IRDES : Dans 9 cas sur 10, la garantie peut être étendue à d'autres personnes que l'assuré

Dans 87 % des établissements, la couverture proposée aux salariés peut être étendue à des proches ; ce pourcentage augmente avec la taille de l'entreprise. Les très petites entreprises se démarquent sensiblement des autres en ne permettant une extension de la couverture aux proches que dans 79 % des cas.

Lorsque l'extension de la couverture aux proches est possible, elle n'est automatique que dans 42 % des cas. Quand l'extension est automatique, elle concerne les enfants (63 % avec limite d'âge et 35 % sans limite d'âge), les conjoints mariés (99 %), les conjoints non mariés (80 %), d'autres personnes à charge (ascendants... 3 %).

Section 2. A la recherche des déterminants

Au regard de la PSCE, les pratiques des entreprises ne sont donc pas homogènes et les règles de décision sont diversifiées. Essayons, à partir de chacune des règles de décision observées, de remonter à la procédure de choix (2.1) et aux déterminants qui leur ont donné naissance (2.2).

2.1. Les enjeux des choix

2.1.1. Obligatoire/facultatif ?

L'enjeu de cette alternative peut s'interpréter en terme d'assurance. Un contrat collectif est un contrat qui, par construction, mutualise le risque entre un ensemble d'individus inégalement « risqués ». Ce mécanisme contractuel permet à chacun de ne supporter que le risque moyen du groupe, risque moyen d'autant moins élevé que le nombre d'individus couverts est grand et que les risques sont indépendants. Lorsque le risque est transféré auprès d'un organisme qui gère plusieurs contrats collectifs, le risque pesant sur cet organisme assureur est lui-même réduit. Ces échanges sont mutuellement avantageux quand le contrat attire à la fois des assurés présentant un faible risque et d'autres plus exposés. Dans un environnement concurrentiel ils peuvent toutefois s'avérer défaillants.²²² Un assureur peut en effet chercher à attirer sélectivement des clients moins coûteux, donc plus rentables, en leur offrant une couverture moins complète en contrepartie d'une baisse des primes. Cette stratégie déstabilise le contrat unique car elle renchérit le coût du contrat pour les individus supportant les risques les plus élevés, dont certains peuvent être tentés de choisir le contrat le moins complet. Ce cercle vicieux pouvant entraîner la disparition du meilleur contrat, phénomène qualifié d'antisélection en théorie de l'assurance.

En dynamique, d'autres défaillances du marché peuvent apparaître, notamment dans les risques de long terme (caractéristique des risques de santé, d'invalidité ou d'incapacité).²²³ Dans un contrat d'assurance classique, l'assureur, au vu de l'apport d'informations nouvelles sur l'assuré, peut réévaluer le risque, et répercuter sur le niveau de la prime l'information concernant l'occurrence d'une maladie nouvelle de l'assuré, renchérissement contre lequel l'individu cherchera à se protéger en cachant l'information sur la variation de risque individuel; inversement un assuré découvrant l'atténuation de son risque voudra renégocier sa prime à la

²²² M. ROTSCILD et J. STIGLITZ « Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information », *Quarterly Journal of Economics*, 1976, 90 (4), p. 639-649.

²²³ P.-Y. GEOFFARD « Assurance maladie : la gestion du risque long », *Revue Economique*, 2000, 110 (4), p. 457-482.

baisse ou sortir du contrat et faire jouer la concurrence, départ qui peut déséquilibrer le portefeuille de l'assureur qui s'était engagé sur une règle de mutualisation *ex ante*.

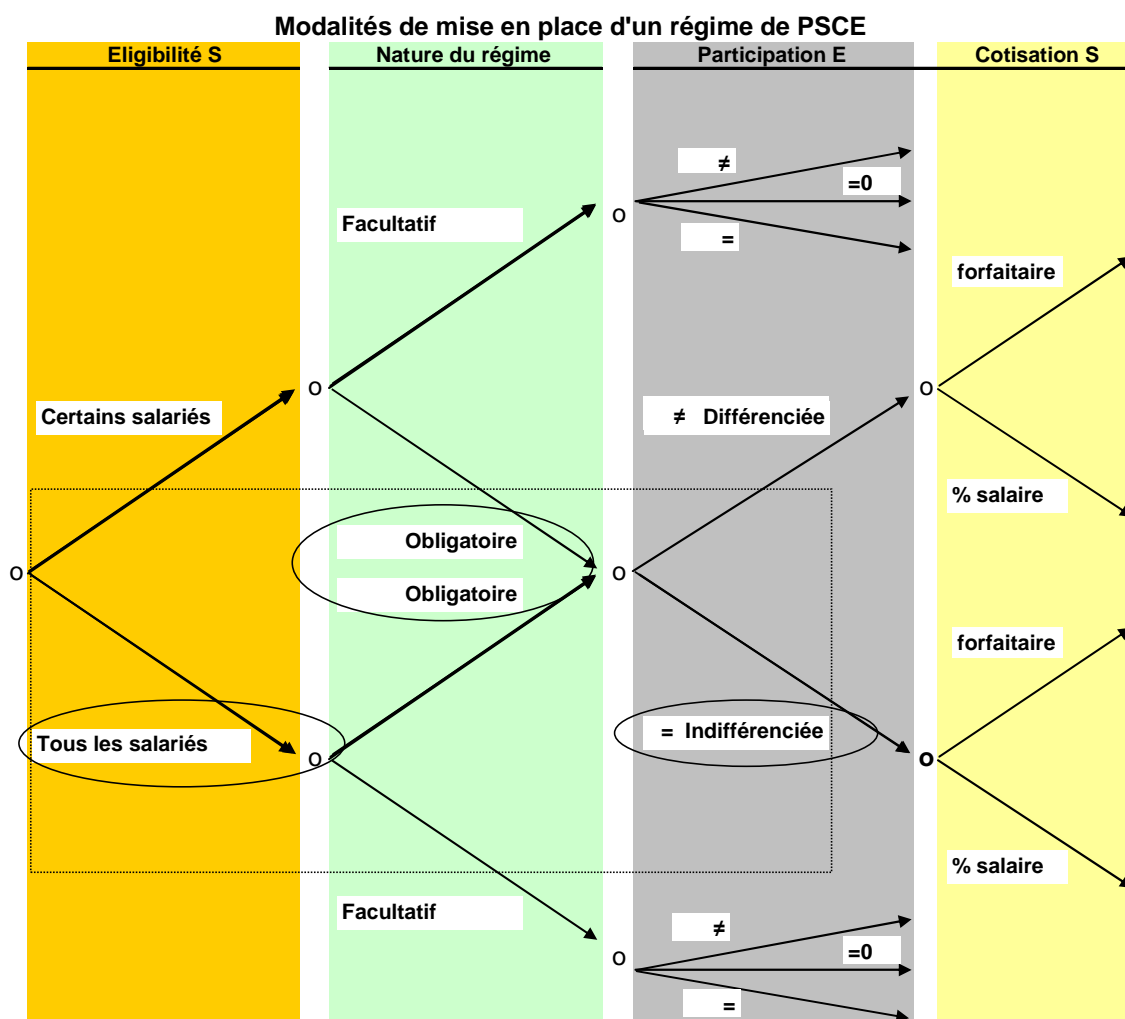
La théorie de l'assurance nomme antisélection dynamique cette défaillance du marché, à laquelle un système d'assurance publique, collective et obligatoire, résiste en couvrant tous les individus, indépendamment du « poids » de leurs risques et ceci de façon irrévocable, sans autoriser des comportements d'*opting out* ou des renégociations désavantageuses pour l'assuré. La réglementation à laquelle sont soumis les régimes complémentaires collectifs et obligatoires depuis la loi Evin rapproche ces derniers des régimes de Sécurité sociale : non sélection médicale à l'entrée, interdiction faite à l'assureur de tirer argument de l'aggravation du risque individuel pour augmenter les primes (article 6 de la loi, *cf. supra*), obligation faite au salarié de cotiser, unicité du tarif.

Les dispositions récentes de la loi de 2003, et précisées par un ensemble de textes destinés à fixer le cadre réglementaire ont, comme nous l'avons vu, renforcé les incitations en faveur des régimes collectifs obligatoires par un traitement social et fiscal intéressant, mais en soumettant l'éligibilité au maintien des exonérations fiscales sur les cotisations et au bénéfice des règles de déductibilité fiscale à des conditions très strictes (*cf. supra*, chapitre 1). Rappelons brièvement ces règles.

- au titre des avantages : possibilité pour l'entreprise de mettre en place des dispositifs non chargés socialement, et déductibles des impôts pour les salariés, à condition de respecter des règles de plafonnement.

- au titre des obligations : le caractère « collectif » doit être clairement affirmé au sens où la mise en place d'un régime complémentaire ne peut pas constituer un avantage particulier pour un salarié ; le contrat doit être « obligatoire » et la contrainte d'adhésion opposable à tous (en dehors des quelques dérogations reconnues) ; la contribution de l'employeur doit être « effective et uniforme » au sens où les pratiques à la carte sont prohibées ; enfin le contrat doit être « responsable », les prestations doivent être complémentaires à celles qui sont servies par la Sécurité sociale et plafonnées aux dépenses réellement engagées.

En d'autres termes, l'alignement des pratiques d'entreprise sur le modèle « préféré » des autorités publiques implique la mise en cohérence d'un ensemble de règles de décision. Il réduit la latitude décisionnelle de l'entreprise dès lors qu'elle a choisi de s'inscrire dans le modèle obligatoire plutôt que dans le modèle facultatif (*Graph 2*).



Réduite, la latitude décisionnelle ne disparaît pas toutefois complètement.

- Premièrement, le modèle facultatif conserve un certain nombre d'avantages : la souplesse d'implémentation d'un contrat facultatif affranchit non seulement l'employeur de la contrainte de non-exclusion, mais elle fait apparaître le caractère facultatif comme étant plus respectueux des situations individuelles/familiales des salariés et de leurs préférences. Elle permet notamment de limiter le phénomène de double assurance lorsque, dans une même famille, les deux conjoints actifs sont protégés par un dispositif de protection sociale d'entreprise.
- Deuxièmement, les régimes obligatoires en complémentaire santé sont, en application de la loi Evin, soumis à des dispositions en faveur des retraités – qui peuvent générer la constitution de passifs sociaux. Les contrats facultatifs y échappent ce qui peut être un argument favorable à leur maintien : il peut donc y avoir, du point de vue de l'entreprise, un arbitrage à faire entre « facultatif et obligatoire ».
- Troisièmement, le caractère obligatoire du contrat laisse ouvert l'espace de décisions possibles sur un certain nombre de dimensions : la généralisation du régime ou son ouverture à une catégorie objective, le choix du type de cotisation et de la répartition de l'effort contributif entre salarié et employeur, l'unité du régime ou sa segmentation, l'uniformité des garanties ou leur graduation dans des systèmes à options.

2.1.2. Généraliser ou cibler ? Unifier ou segmenter ?

La règle de décision « choisir un système généralisé et unique » s'appliquant à l'ensemble des salariés peut être analysée comme relevant d'un simple critère d'efficacité économique. Plus la base de mutualisation des risques est importante, plus la règle du grand nombre joue, ce qui permet de baisser le prix moyen par individu des contrats. Non seulement, le coût de fabrication des contrats est réduit mais on peut faire l'hypothèse que les coûts de gestion et de transaction vont également diminuer par le jeu des effets d'échelle.

Le choix en faveur de la généralisation et de l'unité peut aussi relever d'une préférence pour l'égalité de traitement des salariés. Une idée assez largement répandue, bien que discutée, est que les risques maladie, invalidité, incapacité et décès sont des événements sur l'occurrence desquels tous les individus n'ont pas de prise et qu'il convient en conséquence, de leur fournir, complémentairement à la protection de base, les moyens d'accéder à plus d'accessibilité au système de soins ou à de meilleures compensations des pertes de revenu en cas de décès, d'invalidité, d'incapacité ou de vieillesse. L'accès aux couvertures complémentaires est un « droit » et, en vertu de ce caractère, il n'y a pas lieu dans la réponse apportée par l'entreprise de différencier les salariés, d'autant que l'intérêt « bien compris » peut jouer : au sein de collectifs « étroits » comme l'est une entreprise, l'égalité de traitement peut être considérée comme un vecteur de cohésion, de motivation et de confiance.

Bien répandue dans le domaine de la complémentaire santé, la préférence pour l'égalité de traitement ne rend toutefois pas compte de l'ensemble des pratiques observées dans le domaine de la prévoyance et de la retraite supplémentaire. Assez fréquemment, et assez logiquement puisqu'ils sont « complémentaires », les systèmes de PSCE dupliquent celui des assurances sociales obligatoires, caractérisé par une approche professionnelle catégorielle. Le plus souvent, les critères de segmentation sont arrimés aux catégories historiquement constituées, cadres/non cadres, ou professionnellement définies par les systèmes de classification professionnelle. Plus que dans le domaine de la santé où la problématique de la couverture complémentaire est récente, et notamment dans les entreprises matures, l'architecture d'un régime de prévoyance se dessine rarement à partir « d'une page blanche »²²⁴ et les segmentations originelles impriment durablement leur empreinte.

2.1.3. Qui paye ?

Comme l'assurance sociale obligatoire, la PSCE a les caractères d'une assurance professionnelle ou d'assurance de revenu salarial.²²⁵ Son financement repose sur des cotisations assises sur le salaire avec un effort contributif partagé entre l'employeur et le salarié. On peut certes rencontrer des modes de financement spécifiques dans le domaine des couvertures frais de soins, sous la forme de participation du comité d'entreprise à l'achat de la couverture, mais la loi de 2003 assimile dorénavant les contributions du CE à des contributions patronales.

La cotisation peut être proportionnelle au salaire – plafonnée ou calculée sur l'intégralité du salaire – ou forfaitaire – éventuellement exprimée en pourcentage d'une grandeur de référence (le plus souvent le plafond mensuel de sécurité sociale). Dans le champ de la prévoyance lourde, la latitude décisionnelle quant à la modalité de fixation de la cotisation est relativement étroite : puisqu'il s'agit de garantir le remplacement d'une partie du revenu monétaire en cas de perte provoquée par une interruption de travail momentanée ou durable, la cotisation doit varier avec

²²⁴ Selon l'expression de l'un de nos interlocuteurs.

²²⁵ A. LE CHEVALIER, B. PALIER « Essai d'analyse des caractéristiques économiques, sociales et politiques du régime d'assurance du revenu salarial ». Communication au colloque *Etat et régulation sociale*, Centre d'Economie de la Sorbonne-Matisse, 11-13 septembre 2006.

le revenu dont elle garantit le remplacement. Une prestation plafonnée est financée par une cotisation plafonnée, l'effort pouvant être uniforme dans la limite du plafond décidé, soit modulé par tranche de salaires. Une logique volontairement redistributive pourrait toutefois opter pour une cotisation déplafonnée et une prestation plafonnée avantageant ainsi les revenus les plus faibles.

Dans le domaine de la complémentaire santé, les cotisations peuvent être forfaitaires ou proportionnelles dans la limite d'un plafond. Il y a donc différents arbitrages à faire qui engagent tant « l'économie » de la PSCE que sa « solidarité ». Plus l'assiette des cotisations est large, plus le taux de cotisation peut être faible, à niveau de prestations donné. Plus le plafond est élevé, plus la charge de financement repose sur le salaire et plus on s'écarte de la logique assurantielle qui voudrait que la cotisation varie en fonction du risque. En contrepartie, à classe de risque équivalente, le déplafonnement génère une solidarité verticale (des hauts vers les bas revenus) pour le financement de dépenses indépendantes (pour partie) du revenu. Plus le plafond est bas, *a fortiori* lorsque le choix a été fait en faveur de la cotisation forfaitaire, plus le prélèvement est dégressif et renchérit la charge de la cotisation pour les bas salaires.

La contribution employeur s'exprime en pourcentage de la cotisation totale. Nous avons vu que le nouveau cadre réglementaire a introduit la notion de contribution significative et qu'il soumet les avantages sociaux et fiscaux au caractère impersonnel de l'avantage distribué. Ceci implique qu'à l'intérieur des catégories objectives définies, la contribution doit être identique. Pour autant, rien n'impose qu'elle soit identique entre les catégories : l'effort contributif de l'employeur peut être accentué (ou atténué) pour une catégorie professionnelle, au motif par exemple que les taux de remplacement garantis par le système de Sécurité sociale sont inférieurs (ou supérieurs) ou que cette catégorie professionnelle, en raison de la nature de son activité, est particulièrement exposée au risque.

Enfin les choix présidant aux taux de cotisations et à leur différenciation peuvent répondre à des logiques exprimant un souci plus ou moins affirmé de s'inscrire dans une logique de solidarité horizontale (des célibataires vers les familles par exemple) ou inter-générationnelle (des actifs vers les retraités). Dans le premier cas, l'objectif est atteint par des conditions tarifaires plus avantageuses pour les couples et les familles que pour les personnes adhérant seules. Dans le second par la contribution de l'employeur au financement du régime des retraités, voire par des subventionnements du régime des actifs vers le régime des retraités.

2.1.4. Etendre ou restreindre le périmètre « socialisé » ? Uniformiser ou graduer les paniers de garantie ?

La question du périmètre se pose dans les entreprises de façon classique, en théorie de l'assurance, dans les termes de comportements de risque moral.²²⁶ L'idée, dans la notion de risque moral est que le pré-financement des dépenses de santé (le raisonnement pourrait être étendu aux arrêts de travail) a pour effet d'en réduire le prix (la perte de revenus) et donc logiquement d'en accroître la demande (la fréquence). Il est fait l'hypothèse que les individus les mieux assurés non seulement se protègent le moins mais ils sont aussi plus consommateurs. Le reste à charge est censé enclencher l'effet vertueux de la modération, mais on sait que cet effet est partiellement annulé par l'accès à une couverture complémentaire, surtout si celle-ci est généreuse et couvre au-delà du ticket modérateur (c'est-à-dire prend en charge les dépassements d'honoraires).

²²⁶ D. CUTLER, R. ZECKHAUSER « The Anatomy of Health Insurance », in *Handbook of Health Economics*, vol A, ed A.J. CULYER, JP NEWHOUSE. North Holland, Elsevier Science, pp 562-643. D. BARDEY, A. COUFFINHAL, M. GRIGNON « Efficacité et risque moral ex post en assurance maladie », *Revue Française d'Economie*, vol XVIII, n°2, 2003, p. 165-197.

L'arbitrage entre garanties hautes et garanties modestes s'effectue très certainement sur un critère économique indexé sur la capacité à payer des entreprises. Toutefois, en raison de la base de mutualisation large sur lesquels ils reposent, les contrats collectifs sont susceptibles de proposer des garanties de gamme élevées à un coût soutenable. En conséquence, la protection complémentaire entretient une demande, élevée en niveau et exigeante en qualité, qui peut contrarier les efforts de régulation entrepris au niveau de la Sécurité sociale de base. Si l'accès à une couverture haute s'inscrit dans le cadre d'un contrat obligatoire éligible aux exonérations de cotisations sociales, les effets peuvent être particulièrement pervers : la Sécurité sociale « payant » (par le mécanisme des contrats aidés) le financement d'une couverture complémentaire aux effets inflationnistes sur ses propres dépenses.²²⁷

Dans quelle mesure le principe de responsabilité peut-il modifier l'arbitrage des entreprises et les amener à trancher en faveur d'un modèle de « modération » ? De nouveau, on retrouve l'incitation publique puisque le caractère « responsable » du contrat collectif est devenu l'une des conditions de son éligibilité aux cotisations non chargées. Il y a encore de l'intérêt bien compris dans l'alignement des contrats au principe de « responsabilité », en l'occurrence à l'égard des politiques dessinées au niveau des régimes obligatoires. Mais le curseur sur lequel l'entreprise positionne son « engagement responsable » peut varier, notamment en fonction des attentes et des pressions qui s'expriment dans l'entreprise ou en fonction de sa volonté de coller aux préférences. L'ouverture d'options, facultatives et financées uniquement par le salarié, peut être une solution, ainsi que le montre la fréquence des contrats à options dans l'offre complémentaire. Ainsi peut se dessiner dans l'entreprise un système à deux étages : le premier relève de la responsabilité de l'entreprise qui aménage une couverture complémentaire obligatoire, le deuxième relève de celle du salarié lui-même qui achète une couverture individuelle dans un cadre collectif.

2.1.5. Le choix de l'organisme assureur et du mode de gestion.

L'espace de décision de l'entreprise a ici deux axes : le premier concerne le choix de l'organisme assureur, le deuxième le choix du mode de gestion. Les partenaires sociaux sont normalement impliqués dans le choix de l'organisme gestionnaire quand la procédure a suivi la voie de l'accord collectif. Leurs préférences vont plutôt en faveur des mutuelles ou des institutions de prévoyance. Les pratiques des assureurs qui relèvent d'une activité lucrative, et celles des mutuelles et celles des institutions de prévoyance paritaires de l'autre, non lucratives, sont en effet assez différenciées, bien qu'un processus de convergence soit observé. La recherche de rentabilité des premières est susceptible d'encourager la sélection des risques et la résiliation de contrats en cas de risques aggravés, pratiques traditionnellement bannies par les mutuelles au nom du principe de solidarité.²²⁸ Les organisations syndicales préfèrent ce type d'organisme et privilégient les institutions paritaires, de même qu'elles éprouvent une méfiance profonde à l'égard des courtiers. Or la gestion intermédiée peut avoir la préférence de l'employeur qui y voit le moyen de gérer un domaine qui, au fil du temps, est devenu très complexe et dont les enjeux financiers sont grandissants. Il y a clairement dans ces deux décisions des enjeux de gouvernance.

²²⁷ E. CANIARD « Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection sociale complémentaire ». *Droit social*, mai 2003, p. 518.

²²⁸ H. MAUROY « *La Mutualité en mutation : les pratiques solidaristes en question* », Paris : L'Harmattan, 1996.

2.2. A la recherche des déterminants des choix

Ayant explicité les enjeux associés à chacun des points de décision et esquissé quelques tendances à partir des données de la littérature, on peut s'interroger sur les motivations des entreprises à mettre en place une protection complémentaire.

Différentes approches sont possibles.

Soit on cherche les déterminants des choix du côté des variables économiques, en partant de la représentation classique en économie qui fait de l'entreprise un lieu d'incitation et de coordination. Dans cette approche, la question des rémunérations, dans ces différentes composantes, est une dimension essentielle de la recherche de performances (2.2.1).

Soit on considère que l'entreprise assume une fonction sociale au-delà des ses fonctions économiques, en intégrant les intérêts de la « société » et ceux des entreprises par la satisfaction des attentes en matière de protection sociale. Cette approche rejoint le thème de la « Responsabilité sociale de l'entreprise », version renouvelée du paternalisme patronal du XIX^e siècle qui a fait naître la protection sociale dans les entreprises (2.2.2.).

Soit on représente l'entreprise comme une « arène politique » et l'on s'intéresse aux relations de pouvoir et aux conflits entre groupes qui structurent la prise de décision (2.2.3).

2.2.1 L'argument « économique » de la rémunération

On commence par un rapide détour par la littérature nord américaine au sein de laquelle on trouve des essais de conceptualisation et de problématisation économiques des couvertures sociales acquises dans et par l'entreprise (a). On recense ensuite des explications théoriques avancées pour expliquer les choix qui président à la fixation des salaires (b). Puis on introduit la notion de rémunération globale (c).

a) PSCE : un problème d'offre ou de demande ?

Cette question préliminaire peut s'exprimer ainsi : la mise en place d'une couverture « socialisée » dans l'entreprise n'est pas un problème d'offre (de la part de l'employeur) mais un problème de demande (de salarié). Si un dispositif collectif est mis en place avec la participation conjointe de l'employeur et du salarié, c'est parce que le salarié est prêt à accepter moins de salaire contre les avantages d'une couverture sociale le protégeant de risques futurs ou aléatoires. La bonne question, pour l'économiste n'est donc pas « pourquoi l'employeur offre-t-il de l'assurance ? » mais « pourquoi le salarié préfère-t-il une assurance d'entreprise plutôt qu'acheter lui-même sa protection sur le marché ? ».²²⁹

Si le salarié accorde de la valeur à une couverture sociale acquise dans l'entreprise (l'analyse concerne aux Etats-Unis la couverture de base, mais on peut l'étendre à la couverture complémentaire), c'est qu'il y trouve un certain nombre d'avantages. D'une part il existe des économies d'échelle à la fourniture d'une assurance santé de groupe qui permet de faire baisser le prix du contrat. L'argument est valide si l'élasticité-prix de la demande est supérieure à 1 ; c'est vraisemblablement le cas en couverture complémentaire, *a fortiori* en couverture de base. D'autre part, les contrats de groupe (aux USA, comme en France) sont subventionnés. Le salarié qui bénéficie d'un contrat de groupe est avantagé par rapport à un acheteur individuel et son avantage est d'autant plus grand que son taux marginal d'imposition est élevé.

²²⁹ Cf. Une synthèse de la littérature économique théorique américaine est proposée par T. BUCHMUELLER "The Business Case for Employer-Provided Health Benefits: A Review of the Relevant Literature". *Working Paper*, prepared for the California HealthCare Foundation, march 2000.

Si l'on suit ce raisonnement, on peut penser que les salariés travaillant dans les entreprises qui n'offrent pas de couverture d'assurance maladie n'acceptent pas les réductions de salaire qu'implique le financement de la protection : leurs arbitrages ne se font pas en faveur de la santé ou alors ils sont peu sensibles aux risques. Compte tenu de leurs préférences, toute situation conduisant à une réduction de salaire au profit d'une couverture assurantielle nuirait à leur bien-être.

b) La compensation des formes de rémunération.

Dans le prolongement de cette première approche, du point de vue de l'employeur, il y a stricte compensation entre le salaire direct et le salaire « indirect ». ²³⁰ Si la compensation ne s'opère pas, c'est que l'employeur voit dans l'offre d'avantages sociaux un levier d'action dans la gestion de la main d'œuvre : la couverture santé contribuerait à diminuer le turn-over, à décourager l'absentéisme, à accroître la productivité. En ce sens la rémunération, sous la forme d'une couverture sociale, jouerait un rôle équivalent à la rémunération directe. Dans cette perspective les arguments théoriques qui peuvent expliquer les considérations présidant à la fixation des rémunérations sont nombreux. On évoque rapidement dans l'encadré ci-dessous, pour mémoire, les théories du salaire d'efficience, parce que les mécanismes qu'ils mettent en avant sont ceux fréquemment invoqués, par les consultants ou les entreprises, pour justifier l'intérêt, face à des contraintes d'efficience interne ou vis-à-vis de ses concurrents, de la mise en place de régimes de prévoyance et retraite dans les entreprises.

Encadré : Les différentes approches du salaire d'efficience

i. Théorie du salaire d'efficience et coûts de rotation de la main-d'œuvre. ²³¹ L'hypothèse de départ est que les entreprises subissent des coûts d'embauche, de licenciement et de formation des nouveaux arrivants et que, face à ces coûts qui augmentent le coût unitaire du travail, elles peuvent avoir intérêt à retenir les salariés. Quelle est alors la stratégie optimale pour l'entreprise, que le modèle suppose connaître les conditions de marché et les fonctions d'utilité des salariés, entre deux décisions extrêmes : d'un côté, laisser partir tous ses salariés en proposant des salaires faibles, relativement aux salaires du marché, mais encourir des coûts de rotation élevés, de l'autre, proposer des salaires élevés pour mieux les retenir ? Dans cette situation de choix, l'intérêt de l'entreprise est de proposer un niveau de rémunération intermédiaire, tel qu'en fonction de l'attrait que représente pour eux des salaires élevés, un certain nombre de travailleurs vont accepter et les autres refuser. La prise en compte des coûts de rotation de la main d'œuvre permet de comprendre certains aspects de la hiérarchie des rémunérations. Si des groupes d'individus viennent à se différencier par leurs fonctions d'utilité, la nécessité de retenir, par des incitations appropriées, des classes d'individus différents, conduit à diversifier les salaires. Un travailleur dont l'aversion au risque est faible a tendance à quitter l'entreprise dès que se manifeste l'opportunité d'avoir un salaire plus élevé ailleurs : pour retenir un individu de ce type, il faut donc l'inciter plus fortement à rester dans l'entreprise, en lui proposant un salaire plus élevé.

ii. Théorie du principal-agent : sélection adverse « attirer les meilleurs », risque moral « chasser les tire-au-flanc ». La première de ces approches (ou modèle d'antisélection) repose sur l'idée que l'employeur peut faire de mauvais choix à l'embauche quand il observe imparfaitement les capacités productives des travailleurs. Pour éviter ces mauvais choix il peut avoir intérêt à proposer un salaire élevé

²³⁰ « Employers care about total compensation costs, not how that compensation is divided among cash wages, health insurance and other fringe benefits. Thus, there is only a « primary argument » for offering insurance when workers are willing to pay the employer's full cost of coverage, reductions in other benefits or direct premium contributions. Generally workers will be willing to do so because there are cost and tax advantages to employer-provided insurance. » T. BUCHMUELLER, *ibid*, p. 3.

²³¹ Les théories du salaire d'efficience ne sont pas des théories du salaire, mais des théories des dysfonctionnements du marché du travail à partir de la notion d'un salaire d'efficience générateur de sous-emploi. Nous suivons la présentation d'A. PERROT « *Les nouvelles théories du marché du travail* ». Paris: La Découverte/Collection Repères, 1992.

afin d'attirer les meilleurs. Si l'effort du salarié n'est pas directement observable, en revanche les résultats de son activité le sont. Pour autant, ils ne sont pas toujours vérifiables. Dans une telle situation de risque moral, l'entreprise a intérêt à offrir un salaire supérieur au salaire concurrentiel pour inciter à l'effort et chasser les tire-au-flanc.

iii. Salaire d'efficacité et « don-contre-don ». En s'appuyant sur des travaux sociologiques et l'observation selon laquelle les agents attachent beaucoup d'importance à ce que les échanges se déroulent d'une manière perçue comme équitable, G. Akerloff²³² appréhende la relation d'emploi comme un échange de dons entre l'employeur et le salarié. Le salarié trouve sa satisfaction dans une rémunération qu'il perçoit comme « juste » et, symétriquement, l'employeur attend en échange un effort « juste ». Cet effort « juste » dépend d'un ensemble de variables contrôlables par l'employeur, d'une part, (salaire moyen et satisfaction trouvée au sein du collectif de travail, effort minimal exécutable) et des conditions du marché, d'autre part (salaires versés par les autres firmes, taux de chômage). Selon les conditions du marché, le fait pour un employeur d'offrir une rémunération supérieure au niveau concurrentiel peut lui permettre d'élever la norme d'effort « juste » et obtenir un effort supérieur au minimum exécutable. La notion de « minimum exécutable » renvoie au niveau d'effort qu'un mécanisme incitatif adéquat permet d'obtenir, étant données les contraintes d'observabilité et de vérifiabilité par l'employeur du niveau d'effort du salarié.

c) Les différentes composantes de la rémunération

Si l'on peut admettre que les protections complémentaires acquises dans l'entreprise constituent une rémunération, peut-on pour autant admettre que toutes les composantes de la rémunération sont susceptibles d'être intégrées d'une façon identique dans les stratégies de rémunération des entreprises ? Non. De nombreux travaux ont montré qu'une politique de rémunération globale ne se résume pas à la mise en place d'un package de rémunérations. Il y a dans l'approche rémunération globale, l'idée qu'il est possible de contrôler la masse salariale, non pas globalement, mais en rationalisant les politiques de rémunération.

De façon usuelle, la notion de rémunération globale distingue :

- les rémunérations immédiates : cette catégorie comprend le salaire fixe ainsi que la partie variable qui, elle-même, se décompose en bonus (individuels et collectifs mais calculés en fonction de la performance) ;
- les rémunérations de substitution qui ressortent de garanties qui interviennent complémentaires à la sécurité sociale (garanties maladie-maternité, prévoyance « lourde » décès, invalidité et incapacité) ;
- les rémunérations différées comprennent : a) les « prestations » susceptibles d'être versées à horizon fixé et liées le plus souvent aux résultats de l'entreprise (intéressement et participation), b) les « prestations de moyen terme » (vie professionnelle pour le PERCO, six ans pour les stocks option), c) les prestations de long terme (toute la durée de vie professionnelle du salarié) correspondant aux régimes de retraite, gérés en répartition ou en capitalisation, d) les Indemnités de Fin de Carrière (IFC).

A partir de ce package de rémunération, l'entreprise peut conduire une politique de rémunération en phase avec ses objectifs stratégiques, d'efficacité interne ou de performance compétitive,²³³ dont témoigne le haut degré d'individualisation et de flexibilisation des rémunérations observé. Les critères et les niveaux d'attribution de chaque élément du package global relèvent clairement de la marge de décision stratégique de l'entreprise par rapport à ses

²³² G. AKERLOFF « Gift Exchange and Efficiency Wage Theory: Four Views ». *American Economic Review Proceedings*, 1984 (May), vol 74, p. 79-83

²³³ S. BARTHE « La contribution des systèmes de rémunération à l'avantage concurrentiel par les ressources humaines : une étude empirique auprès d'une population de cadres d'entreprises du secteur marchand non agricole ». Thèse de doctorat, Université des Sciences Sociales de Toulouse, 2004.

actionnaires et par rapport à ses salariés.²³⁴ Elle peut se faire au profit de catégories plus ou moins larges de salariés, mais dans une approche raisonnée dont on considère qu'elle doit, d'une part, pondérer un ensemble d'objectifs²³⁵ :

- un objectif de cohérence interne qui s'exprime dans la hiérarchie des rémunérations qui peut-être un facteur d'attraction et de fidélisation et d'incitation à l'intérieur de l'entreprise,
- un objectif de compétitivité des rémunérations au regard des formes et niveaux de rémunération sur le marché,
- un objectif de reconnaissance des contributions individuelles,
- un objectif d'efficacité au regard d'un critère de « rendement », généralement calculé par le ratio coût pour l'entreprise/revenu net pour le salarié.

et, d'autre part, attribuer un objectif précis à chaque élément du package global selon les fins poursuivies : sélectionner les individus performants, minimiser les coûts salariaux, fidéliser ou motiver le personnel.

De ce point de vue, bien qu'elles puissent être individualisées et différenciées, toutes les composantes de la PSCE, n'ont pas capacité à jouer un rôle identique dans la politique de rémunération des entreprises. Nous l'avons vu, les régimes « frais de soins » sont en général généralisés et peu différenciants. La prévoyance lourde offre en revanche plus de marges de manœuvre, *a fortiori* les régimes de retraite supplémentaire. En tout état de cause, compte tenu du contexte réglementaire, une politique de rémunération fondée sur les rémunérations de substitution ou différées est une politique, d'abord, d'optimisation sociale et fiscale.²³⁶

2.2.2. De l'utilitarisme stratégique à la responsabilité sociale

La logique de rémunération, telle que nous venons de la décrire à l'exemple des packages de rémunération, exprime des compromis réalisés par l'entreprise dans une stratégie, qui peut être de court ou de long terme, mais guidée par un objectif d'utilitarisme stratégique, en matière de gestion des ressources humaines qu'il s'agit toujours finalement d'attirer, de motiver ou de récompenser.

La mise en œuvre d'une politique de rémunération globale peut cependant résulter d'une vision plus ambitieuse. Citons ici J.-F. Gavanou et G. Valin²³⁷.

« La rémunération globale peut résulter d'une stratégie ambitieuse d'entreprise destinée à compléter, en matières d'avantages sociaux grâce à des accords collectifs et individuels, les dispositifs de branche ou des organismes de sécurité sociale. Ce raisonnement différentiel présente l'avantage d'explicitier la politique sociale de l'entreprise de l'employeur, son coût effectif et ses objectifs de prestations optimales en matière d'épargne, prévoyance et retraite pour ses salariés, en tenant compte de la diversité internationales et des marges de manœuvre concrète suivant les environnements. L'entreprise veille non seulement à l'articulation entre les contributions des salariés et ses propres résultats, mais aussi sur les rendements et régimes des dans la durée avec des systèmes de contrôle appropriés ».

²³⁴ Ce type de décision que nous rattachons aux motivations économiques de la PSCE est éminemment politique, la distinction que nous avons opérée entre les logiques économique, sociale et politique se justifie pour des raisons d'exposition.

²³⁵ B. SIRE, P. DAVID « *Gestion stratégique des rémunérations* ». Paris : Editions Liaisons, 1993.

²³⁶ Cf. l'approche en termes d'optimisation sociale et fiscale des éléments de rémunération est présentée en Annexe de ce chapitre.

²³⁷ J.-F. GAVANOU, G. VALIN « *Gouvernance sociale et fonds de pension* ». Paris : Economica, 2004, p. 22

Cette conception rencontre, de notre point de vue, les représentations contemporaines de la « Responsabilité sociale de l'entreprise » telle qu'elle ressort de l'approche par la théorie des parties prenantes (*stakeholders*). L'analyse s'ordonne autour de trois idées centrales : l'entreprise a des *stakeholders*, à l'intérieur et à l'extérieur, qui ont des exigences à son égard ; la performance de l'entreprise tient à sa capacité à répondre à ces exigences, et la fonction principale de la gouvernance d'entreprise est de tenir compte et d'arbitrer entre des attentes potentiellement contradictoires.

A partir de ce noyau de propositions, plusieurs conceptions et approches débattent dans une littérature très foisonnante. Retenons ici la distinction qu'opèrent M. Capron et F. Quairel-Lanoizelée²³⁸ entre une vision « orientée business » et une « orientation éthique ». La première voit la prise en compte de l'intérêt des parties prenantes comme la condition de la performance économique et financière de l'entreprise et relève d'un utilitarisme stratégique. La deuxième est centrée sur les obligations morales de la firme à l'égard des parties prenantes.

« L'intérêt des parties prenantes possède une valeur intrinsèque et l'entreprise est redevable envers la société. Dès que ces dirigeants reconnaissent l'existence et la légitimité de plusieurs groupes de parties prenantes, ils doivent faire entrer les attentes de ces groupes dans les objectifs de l'entreprise. Cette vision s'inscrit dans une représentation relationnelle de l'organisation fondée sur des contrats justes qui suppose que les conflits d'intérêt peuvent se résoudre en maximisant les intérêts de chaque groupe. Le dirigeant doit être préoccupé de justice sociale et promouvoir l'équité entre les différentes parties prenantes. »

Cette approche en terme de responsabilité sociale de l'entreprise, qui s'exprime dans des discours et qui se traduit dans des pratiques nouvelles de « gouvernance » est intéressante parce qu'elle permet de rendre compte de certains des constats empiriques que nous avons repérés plus haut : la préférence pour l'égalité de traitement, l'organisation de la solidarité sur des bases larges de mutualisation, l'impératif de responsabilité.

Une telle problématique est intéressante également parce qu'elle pose la question de la filiation entre le paternalisme social du XIX^e siècle, qui a fait naître la protection sociale dans les entreprises à un moment où l'Etat était peu présent,²³⁹ et les démarches RSE contemporaines.²⁴⁰ Si les démarches RSE englobent la question de la PSCE, quelle est la capacité de cette dernière à réaliser des « contrats justes » ? Dans quelle mesure la PSCE satisfait-elle des objectifs d'équité verticale et d'équité horizontale ? N'a-t-on pas au contraire observé des solidarités « fragmentées »²⁴¹ et des renforcements de la stratification sociale ? Ne pourrait-on pas également identifier des « redistributions inverses » ? Dans quelle mesure les dispositifs de PSCE expriment-ils des solidarités familiales et générationnelles ? Dans quelle mesure sont-ils responsables, au-delà de l'ajustement des garanties exigées par la loi de 2003 ? Dans quelle mesure, l'entreprise est-elle à même d'arbitrer entre des préférences individuelles hétérogènes ? Dans quelle mesure et comment l'entreprise « responsable socialement » gère-t-elle l'inversion des préférences qui se manifeste dans des ruptures de solidarité (notamment inter-générationnelles ?). Nombreuses sont les questions posées par cette approche qui fait dépendre l'organisation de la PSCE de la responsabilité sociale de l'entreprise.

²³⁸ M. CAPRON, F. QUAIREL-LANOIZELÉE « *La responsabilité sociale de l'entreprise* ». Paris : La Découverte, Collection Repères, 2005

²³⁹ Cf. 1^{ère} partie, chapitre 1.

²⁴⁰ T. HOMMEL « Continuités et discontinuités entre paternalisme et responsabilité sociale ». *Entreprises et Histoire*, 2006, n°45, p. 20-38.

²⁴¹ L. APROBERTS, « La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée ». *Revue de l'Ires*, 1999, n°30, p. 1-26.

A ce point de l'exposé on a identifié deux logiques : une « logique économique » et une « logique de responsabilité sociale » qui dessinent deux « façons de penser » la protection sociale complémentaire d'entreprise. D'un côté, une dimension de rémunération, soumise aux stratégies d'entreprise à la recherche d'avantages comparatifs et portée par une logique de « concurrence sociale ». De l'autre côté une dimension de « protection sociale » redéployée dans une logique de « responsabilité sociale ». Cette première distinction utile pour l'analyse des déterminants des choix des entreprises n'est peut-être pas suffisante pour prendre en compte le fait que, dans certains cas, la décision ne fait pas l'objet d'une délibération soigneusement conduite par un décideur qui balancerait contraintes, représentations et préférences pour prendre la décision optimale ou satisfaisante. Les décisions en matière de PSCE sont prises dans un contexte singulier de circonstances particulières et concrètes sur lesquelles les différentes parties prenantes à la décision n'ont pas la même capacité d'influence.

2.2.3. Les logiques « politiques » dans la PSCE

Nous voulons par là introduire l'idée que les règles de décision adoptées portent la marque de la nature des relations qui peuvent se former entre les acteurs, relations dans lesquelles chaque partenaire cherche à obtenir tous les avantages qu'il peut en tirer. Chercher à comprendre les déterminants des décisions suppose de prendre en compte ici l'influence d'acteurs clefs.

Comme on a eu l'occasion de le montrer, la protection sociale complémentaire d'entreprise est insérée dans un ensemble de dispositifs institutionnels, c'est-à-dire dans un ensemble de règles qui organisent la relation triangulaire employeur – assureur – salarié. Cette relation devient quadrangulaire quand l'employeur a recours à un courtier. La question ici est comment se répartissent les droits de décision et quels sont les acteurs les plus influents. On est au cœur de la question de la gouvernance.

a) la relation triangulaire classique

Sous l'angle juridique, la PSCE s'insère dans un schéma fait de trois relations : a) une relation entre l'employeur et le salarié, par laquelle l'employeur prend un engagement propre avec le salarié et cet engagement s'inscrit dans le contrat individuel de travail, b) relation entre l'employeur et l'assureur qui est une relation commerciale qui relève de la liberté contractuelle, c) une relation entre l'assureur et le salarié : le droit du salarié dépend du rapport juridique entre l'assureur et l'entreprise, c'est un rapport « protégé » par un ensemble de dispositions législatives et réglementaires.

La relation entre l'employeur et le salarié se construit souvent – mais pas toujours comme le montre l'enquête IRDES par exemple – dans le cadre d'un accord collectif, de branche ou d'entreprise. On conçoit assez aisément qu'à l'abord de la négociation, l'employeur a une idée assez précise, sinon du type de protection qu'il souhaite mettre en place, du moins du montant de la cotisation qui lui paraît souhaitable et de la contribution qu'il souhaite y apporter. Les salariés cherchent quant à eux à obtenir la part de financement employeur la plus élevée possible et les meilleures garanties. La construction de l'accord se fera par les concessions réciproques. L'image qui a longtemps prévalu est celle de négociations pas trop difficiles, la négociation de régimes de prévoyance et de retraite étant vue comme constituant du « grain à moudre » dans le jeu des négociations entre les partenaires sociaux sur un terrain a priori déconflictualisé (*cf. supra*).

Cette relation à trois est susceptible de faire émerger des alliances : deux acteurs font jeu ensemble contre le troisième par intérêts liés. Le processus de décision est alors partiellement déterminé. L'une de ces situations est bien connue : c'est la question des conflits d'intérêts qui

vont naître de l'opposition entre ce que P. Laigre et P. Langlois²⁴² appellent le paritarisme de négociation et le paritarisme de gestion : lorsqu'il existe des liens entre les représentants des salariés de l'entreprise et les représentants des salariés de l'institution de prévoyance, la collusion peut conduire à la signature d'un contrat contraire à l'intérêt des parties. L'autre situation peut apparaître si l'entreprise et l'assureur ont des intérêts communs.

Dans quelle mesure alors le fait de « sortir la relation de l'entreprise » peut-elle limiter le risque d'ententes et de captures ? De fait, la relation « triangulaire » historique tend à devenir « quadrangulaire » avec l'apparition d'un quatrième acteur qui est l'intermédiaire courtier (cf. supra, chapitre 3). Examinons de plus près ce que cela peut impliquer.

b) la relation « quadrangulaire »

Se définit comme courtier ou apporteur d'affaires toute personne, physique ou morale, qui se livre à une activité d'intermédiaire dans des opérations de vente ou d'achat de biens ou de prestation de services. Il a pour mission de permettre aux parties de se mettre d'accord sur les modalités de l'opération envisagée. À la différence de l'agent commercial, le courtier ne peut en aucun cas signer de contrat ni prendre d'engagement pour le compte de son donneur d'ordre. Par ailleurs, contrairement au commissionnaire, il n'achète pas de biens ou de prestations services en son nom propre, pour le compte d'un commettant. Sa mission consiste à mettre en relation d'affaires un vendeur ou un acheteur avec son donneur d'ordre.

C'est au cours des années 80, qu'a émergé l'activité de conseil proprement dite, au départ sur l'activité retraite, puis cette activité a été étendue à l'épargne salariale pour atteindre la prévoyance et la santé.

Quels sont les facteurs qui ont pu contribuer à l'émergence d'intermédiaires sur le marché de PSCE ?

Le recours à un tiers dans le processus d'achat vente trouve son explication première dans le savoir limité de l'acheteur (ici l'entreprise) face à un marché complexe (le marché des organismes complémentaires) et à des produits diversifiés de technicité croissante. Dans ces conditions d'asymétrie d'information, l'échange peut ne pas satisfaire l'objectif qu'il est censé servir, à savoir la protection sociale du salarié. De ce point de vue, la réglementation qui sera recherchée par la loi Evin jouera à la fin des années 80 un double rôle : d'une part, en explicitant les obligations des offreurs (les assureurs complémentaires), elle contribuera à « discipliner » le marché, mais simultanément elle imposera à l'acheteur un ensemble d'obligations qui banniront le « bricolage ». D'un côté, elle réduira l'asymétrie d'information entre l'acheteur et le vendeur (*de facto* la réglementation joue le rôle d'un contrat d'assurance simultané à la vente) ; de l'autre, elle imposera à l'acheteur d'acquiescer de l'information pour améliorer les échanges. L'intermédiaire sera donc appelé à jouer un premier rôle qui est celui de mettre en relation les acheteurs et les vendeurs. La littérature désigne sous le terme de *matchmaker* ce type d'intermédiaire qui joue le rôle de facilitateur d'échanges en mettant en relation acheteurs et vendeurs (fonction d'appariement) ;

Mais ce processus d'aide à l'acquisition d'informations ne suffit pas à résoudre tous les aspects contenus dans cette relation d'échange. En rappelant que dans l'échange, l'acheteur doit pouvoir se représenter au moins trois éléments « *la chose ou la prestation acquise, son mode de jouissance ou d'usage, l'appréciation qu'il porte sur cette jouissance ou cet usage* », A. Hatchuel²⁴³ livre ici une analyse particulièrement éclairante du rôle plus complexe que peut

²⁴² P. LAIGRE, P. LANGLOIS « *Rapport sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale* ». CTIP, novembre 2006.

²⁴³ A. HATCHUEL « Les marchés à prescripteurs. Crises de l'échange et genèse sociale », in A. JACOB, M. VERIN (dir) « *L'inscription sociale du marché* ». Paris : l'Harmattan, 1995.

jouer l'intermédiaire. Ce dernier peut en effet intervenir dans le processus d'achat en apportant à l'acheteur non seulement des « *notions initialement inconnues de l'acheteur* »²⁴⁴ mais aussi des « *prescriptions de jugement* », provoquant ainsi une « *modification de [la] fonction d'utilité* » de l'acheteur. Dans cette perspective, le rôle de l'intermédiaire va au-delà de la mise en relation pour agir sur la formulation même de la demande ; il ne fait pas qu'informer la demande, il la construit et la formate. Du coup, il joue un rôle profondément structurant sur le marché au sens où en suscitant et en évaluant l'offre, il « *modifie le champ des échanges* ». ²⁴⁵ Il passe du statut de *matchmaker* à celui de *marketmaker*.

Quelle est la nature de la relation ainsi constituée entre l'acheteur et l'intermédiaire ? Deux interprétations sont possibles. Soit la relation est assimilée à une relation de nature « agentielle » dans laquelle l'acheteur délègue à l'intermédiaire le soin d'acheter pour lui le « meilleur contrat », soit on considère qu'elle est une relation organique fondée sur la confiance.²⁴⁶

La relation d'agence admet l'hypothèse que l'agent (l'intermédiaire) peut ne pas être l'agent parfait du principal (l'acheteur). L'intermédiaire peut ainsi être amené à prendre des décisions qui ne concordent pas avec l'objectif de l'acheteur mais s'inscrivent dans une logique d'intérêts liés avec l'offreur. En tant que tiers dans la relation entre l'acheteur et l'offreur, l'intermédiaire entretient en effet avec ce dernier une relation fragile à la capture. L'offreur peut avoir intérêt à influencer, en empruntant des voies de collusion implicite, l'intermédiaire qui, lui aussi, est en situation d'information asymétrique, il en sait moins que l'offreur sur les contrats proposés. L'intermédiaire peut ainsi être sensible à la perspective de compensations et peut détourner la procédure de mise en relation ou orienter la demande au bénéfice des offreurs qui sauront concrétiser de telles perspectives. Le contrat de rémunération joue ici un rôle essentiel car, mal conçu, il peut contribuer à distordre les choix de l'intermédiaire.

Dans le domaine de la PSCE, les pratiques observées montrent que ce risque n'est pas nul. Le fait que la rémunération du courtier soit un pourcentage de la cotisation peut avoir pour effet de ne pas décourager l'inflation des garanties et des primes. Le fait que la rémunération soit indépendante de l'effort peut également laisser place à une relative inaction, une fois que le contrat est signé. Dans le domaine du courtage en assurance, les pratiques ont été laissées libres, jusqu'à la loi de 1989 qui a cherché à rendre « visibles » des pratiques « invisibles ». Les contrats signés entre les entreprises devaient notamment faire apparaître, pour chaque régime à adhésion obligatoire, la rémunération de courtage. Les frais de courtage représentaient alors une part non négligeable des frais de gestion des contrats.²⁴⁷ Le recours à un tiers courtier était alors très lié à la présence d'un offreur assureur puisque le Code de la Mutualité, de même que les institutions de retraite supplémentaire et, par assimilation, les institutions de prévoyance interdisaient la rémunération d'un courtier. C'est en grande partie pour cette raison que les organisations syndicales ont toujours manifesté leurs réticences vis-à-vis de cette relation intermédiée.

Pour autant, la relation entre l'acheteur et l'intermédiaire, peut être vue sous sa dimension organique qui repose sur la confiance. Parce qu'elle contient cette propension à construire la demande, et pour que la relation soit possible et durable, il est difficile de ne penser la relation que dans les seuls termes de la relation agentielle. Il faut envisager l'hypothèse que les parties ont confiance dans le fait qu'ils partagent et poursuivent le même intérêt. Un intermédiaire « défaillant » dans son engagement perd un client et peut perdre en réputation. La concurrence

²⁴⁴ *Ibid*, p. 215.

²⁴⁵ *Ibid*, p. 218.

²⁴⁶ *Ibid*, p. 219

²⁴⁷ La littérature professionnelle fait état d'un pourcentage de 10% comme ordre de grandeur de la rémunération de gestion des régimes frais de santé dans les années 80, contre 7% dans les années récentes.

entre intermédiaires peut ici contribuer, à côté de la réglementation, à discipliner les comportements.

Quoi qu'il en soit, la tendance semble bien être celle de l'intermédiation croissante de la PSCE. L'entrée en lice de nouvelles organisations spécialisées dans ce champ dérange le face-à-face exclusif entre les employeurs et les représentants des salariés, sort le processus de décision de pratiques instituées et, ce faisant, conduit certainement l'employeur à réévaluer ses représentations et ses préférences donc les déterminants de ses choix en matière de PSCE. Parce qu'ils contribuent à l'élaboration, la décision, à la mise en œuvre des dispositifs, les intermédiaires sont capables d'influencer la voie suivie et la « façon de penser » la protection complémentaire des salariés.

*
* *
*

Quelles indications pour la recherche pouvons-nous tirer de ces remarques générales sur les déterminants.

Les déterminants des règles de décision ne sont pas accessibles immédiatement. Les entretiens vont être utiles. Mais pour utiles qu'ils soient – on en fera un large usage – on en connaît les limites.²⁴⁸ Il nous faudra donc partir des actions mises en œuvre, confronter discours et pratiques, pour essayer de remonter aux décisions.

La logique « rémunération » doit se manifester par des flux financiers allant de l'employeur vers des catégories de salariés, l'ampleur de ces flux variant avec le souhait d'attirer/fidéliser ou non telle ou telle catégorie de salariés. En première approche, on peut penser que la décision relève d'un arbitrage entre rémunération directe et rémunération indirecte, faisant intervenir significativement les écarts de traitement fiscal et social entre ces deux types de rémunération. Le niveau de la contribution patronale est sans doute l'indicateur à observer en priorité. On doit par exemple attendre que celui-ci soit d'autant plus élevé que la logique de rémunération domine. On doit également s'attendre à ce qu'il soit relativement plus élevé pour les catégories de personnel dont la rémunération directe est élevée. On peut s'attendre à ce que les contrats de couverture complémentaire recherchent le bénéfice des mécanismes légaux d'exonération surtout quand les salariés destinataires ont un taux marginal d'imposition élevé.

La logique « de responsabilité sociale » se manifestera quant à elle par la présence de contrats uniques, relevant d'une offre standardisée avec des niveaux de « garanties » obligatoires de bon niveau mais rarement élevées (responsables) et éventuellement associées à des garanties facultatives supplémentaires. A priori elle sera plutôt associée à une forte implication de l'employeur, moins au sens de sa contribution financière, qu'à celui de la volonté qu'il révélera pour orienter la philosophie du système de protection et instaurer des procédures de décision. Les variables indicatrices sont ici le niveau global de cotisations salariées et la structure des cotisations, mais on devra s'intéresser aux périmètres de mutualisation, aux choix des paniers de protection, aux pratiques périphériques (communication, information, responsabilisation), aux procédures de mise en place.

La logique d'intérêts particuliers ? On peut faire l'hypothèse que certaines relations transactionnelles sont plus sujettes que d'autres à des phénomènes de capture. Cependant, le partage des ressources entre les différents acteurs (internes et externes à l'entreprise) ne pourra vraisemblablement pas être connu. Le choix de l'organisme assureur devrait constituer une variable indicatrice des logiques d'intérêt.

²⁴⁸ P. BONGRAND, P. LABORIER « L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ? » *Revue Française de Science Politique*, 2005, 55 (1), p. 73-111

Section 3. Enquête en entreprise

Avant de présenter les entreprises dans lesquelles nous avons conduit notre travail de terrain, nous précisons les options méthodologiques que nous avons retenues.

3.1. Choix méthodologiques

L'objectif de la recherche empirique est la représentation d'un petit nombre de cas d'entreprises, sélectionnées dans le but de couvrir un ensemble diversifié de secteurs et de tailles, mais sous le « voile d'ignorance » quant à l'existence ou non d'un dispositif de protection sociale complémentaire. Chaque cas est conçu comme une combinaison complexe et dynamique de caractéristiques ; l'analyse « intra-cas » est une dimension essentielle de l'investigation. Mais chaque cas est également examiné comparativement aux autres dans le cadre d'une analyse « inter-cas » dont le but est de dégager, par va-et-vient entre les différents niveaux d'analyse, les différences et similitudes des pratiques des entreprises et de leurs trajectoires.²⁴⁹

a) Analyse « intra-cas »

La méthodologie est de type monographique. L'objectif principal est de rendre compte et d'expliquer le « comment ». Comme nous l'avons vu à l'examen de la littérature, les analyses existantes apportent de précieuses indications et des notions, voire des prédictions, pour guider la recherche empirique mais le cadre théorique est insuffisamment formulé pour fournir des hypothèses explicites. L'objectif de la recherche empirique ne peut pas être la mise à l'épreuve d'hypothèses précisément délimitées que les tests appropriés chercheraient à départager à partir d'un design d'enquête bien défini (choix des variables, construction raisonnée d'un échantillon représentatif, méthodes quantitatives adaptées). Les résultats que nous visons sont de type : Comment s'organise la PSC dans l'entreprise ? Selon quel mode de gouvernance ? Quels sont les changements qualitatifs observés dans les cas étudiés ? Observe-t-on des évolutions dans les « manières de faire » de la PSCE et dans les représentations et préférences des acteurs ? Observe-t-on des phénomènes émergents ? Observe-t-on des schémas en rupture avec l'histoire et les pratiques anciennes de l'entreprise ? Et plus analytiquement : observe-t-on des relations entre les différentes caractéristiques des dispositifs que nous pourrions rattacher à une logique plus qu'à une autre ?

b) Analyse « inter-cas »

Pour autant, on ne peut pas négliger la montée en généralité. De ce point de vue, l'analyse comparative est essentielle pour faire émerger des similarités et des régularités entre les cas et viser l'élaboration d'une typologie des observations. L'objectif n'est pas ici d'expliquer les différences de niveau de protection mais d'identifier des aspects communs à travers les différentes situations d'entreprise étudiées. Dès lors, la question est celle de la constitution de la

²⁴⁹ Nous n'avons pas poussé notre approche empirique dans le sens de l'approche comparative configurationnelle de C. RAGIN qui vise à expliquer des phénomènes (ici les règles de décision) adoptées par l'explicitation des conditions qui se combinent pour les produire : « Chaque cas est examiné comme une intersection spécifique de relations causales et les cas sont comparés les uns par rapport aux autres en tant que configuration », sachant que la causalité est souvent multiple et conjoncturelle. Cette approche est instrumentée par un logiciel l'AQQC (Analyse quali-quantitative comparée). Son utilisation pour l'analyse de nos études de cas pourrait être une voie d'approfondissement de ce premier travail. Cf. C. RAGIN « La place de la comparaison, jalons pour la recherche comparative configurationnelle », contribution au Forum « Une troisième voie entre approches qualitative et quantitative ? ». *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol 11, n° 1, 2004, 117-153. Voir aussi G. De Meur, B. Rihoux, *L'analyse quali-quantitative comparée (AQQC-QCA)*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2002.

population des cas à étudier. Dans les analyses qui reposent sur les méthodes quantitatives, le grand nombre de cas permet de gagner en robustesse. Dans notre approche, il suffit de travailler sur un nombre suffisant de cas d'entreprise en prenant *a priori* à la diversité de situations d'entreprise, diversité appréhendée par le secteur d'appartenance et la taille d'entreprise. Le nombre de cas est toutefois limité par les capacités manuelles de traitement d'un nombre important de données qualitatives.

3.2. Présentation de l'échantillon et démarche d'investigation

a) Constitution de l'échantillon

En diversifiant le choix des entreprises selon le secteur d'activité, il s'agissait de prendre en compte le fait que, pour certains secteurs, la protection sociale complémentaire peut s'inscrire dans une histoire ancienne. C'est *a priori* plus souvent le cas dans les secteurs manufacturiers traditionnels – dans lesquels les conventions collectives de branche ont pu contribuer au cours du temps à sédimer des dispositifs de protection généreux et généralisés – que dans les secteurs de services, dont l'histoire et l'histoire « sociale » relèvent d'une séquence plus courte. En contrastant les secteurs d'activité, il s'agissait aussi de rendre compte de l'insertion plus ou moins profonde dans les échanges mondialisés et, du coup, du degré de contrainte, plus ou moins fort, sur la capacité à payer des entreprises. Il était également important de diversifier les cas selon un critère de taille, sachant, comme le montre la littérature, que la propension à « offrir » une PSCE est d'autant plus élevée que la taille de l'unité de décision est importante.

A partir de ces principes généraux, la sélection des cas étudiés a dû composer avec un principe de réalité qui a été celui de l'opportunité (du moment de l'enquête) et de la disponibilité (des entreprises).

La possibilité offerte aux entreprises désireuses de bénéficier du nouveau traitement social et fiscal, de bénéficier d'une période de transition jusqu'en 2008 pour la remise à plat de leurs couvertures santé – ce qui constituait, pour certaines d'entre elles, l'occasion de procéder à une révision de l'ensemble des risques couverts – a offert des conditions privilégiées, d'abord pour observer « en temps réel » la façon dont les entreprises adaptaient leurs dispositifs, ensuite pour en comprendre les déterminants et les logiques. Cet avantage a eu néanmoins son revers dans la réticence de certaines entreprises à accepter de livrer « à chaud » des informations sur les processus de négociation dans lesquels elles étaient engagées, ou tout simplement dans la non-disponibilité des directions des ressources humaines à dégager du temps sur des calendriers chargés. Par ailleurs, certaines des entreprises contactées venaient de mettre la PSCE sur leur agenda et le degré d'avancement des discussions était insuffisant pour engager une investigation approfondie qui n'aurait pu porter que sur des régimes appelés à disparaître. C'est le cas de l'entreprise BATI, à laquelle nous pourrions nous référer, mais qui n'a pas fait l'objet d'une monographie. Un certain nombre d'entreprises n'ont pas voulu donner suite à nos demandes, notamment dans le secteur de l'hôtellerie-café-restaurants qui au moment du démarrage de notre étude venait de signer un accord collectif de branche portant sur la prévoyance.

Au total, notre échantillon est constitué de 9 entreprises et d'une branche qui est la branche pharmaceutique. Nous avons mené dans ces entreprises un travail d'enquête aussi approfondi qu'il a pu l'être, compte tenu des contraintes de temps et du nombre relativement élevé de cas étudiés.

b) Démarche d'investigation

Dans chaque entreprise ont été mobilisées :

- D'une part, des sources orales constituées des entretiens avec les responsables en charge de la protection sociale complémentaire qui nous ont été désignés lors de la phase de contact préalable conduite auprès des Directions des Ressources Humaines.
- D'autre part, des sources écrites primaires (textes des accords collectifs, bilans sociaux, éventuellement rapports annuels, notices explicatives des régimes en place) ou secondaires (articles de presse, sites des organisations syndicales des entreprises).

c) Les entretiens

Une grille d'entretien a été élaborée dans le but de décrire de la façon la plus précise les régimes de PSCE existants et de cerner les facteurs qui ont joué un rôle dans les décisions prises par les entreprises quant à leur mise en place ou à leur évolution.

- Un premier volet a trait à la présentation de l'entreprise et à la reconstitution de l'histoire de la PSC : situation actuelle de l'entreprise au regard des dispositifs de prévoyance collective (au sens large) ou de retraite supplémentaire, ce qui a changé au cours du temps, ce qui est projeté, ...

- Un deuxième volet porte sur l'identification des lieux de décision (siège, établissement, groupe), sur les décideurs (directeur, directeur des ressources humaines, (sous)direction dédiée à la PSCE, directeur des affaires financières), sur les représentants des salariés (organisations syndicales, représentants des salariés), sur l'organisation des régimes (relation triangulaire ou quadrangulaire, répartition des rôles entre assureur, gestionnaire et courtier),

- Un troisième volet vise à caractériser les régimes existants : mode de mise en place du régime, organisme assureur, populations couvertes, financement du régime, taux et assiettes de cotisation, descriptif des prestations.

Cette grille a été utilisée en pratique plus comme un aide mémoire des thèmes qui devaient être abordés plutôt que comme un questionnaire rigide. Il a été décidé de procéder à des entretiens peu directifs en respectant le fil du « récit » de la personne interrogée. En conséquence, la conduite de l'entretien n'a pas été déléguée à une personne extérieure à la recherche. Tous les entretiens ont duré de 1h30 à 2h. Ils ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Le travail de recherche n'a été effectué que sur la base des ces retranscriptions et sur les informations obtenues périphériquement aux entretiens. La grille de traitement a formalisé les items retenus pour la grille d'entretien, on y a ajouté (lorsque l'information était disponible) le traitement, dans un format homogène, des données tirées des bilans sociaux. La restitution des résultats donne une place importante aux *verbatim* qui permettent d'incarner les propos des différents interlocuteurs sur ce qui constituait l'objet de notre questionnement : repérer les règles de décision (les contraintes, les valeurs et les préférences des décideurs) et leur négociation.

Les monographies intégrales sont regroupées dans le tome 2 de ce rapport. Nous avons adopté comme règle de préserver l'anonymat des entreprises et de nos interlocuteurs. Un pseudonyme permet d'identifier chaque entreprise par son secteur d'appartenance. Les caractéristiques de chacun des cas sont présentées le tableau ci-dessous.

Liste des entreprises rencontrées

Cas 1. ADMI

Secteur (NAF)	NAF 94.1. Activité des Organisations économiques, patronales et professionnelles
Type	Établissement public administratif
Effectif	4000 environ
Profil	Population tertiaire, 43 % de femmes, structure par âge équilibrée. Mutuelle d'entreprise
PSCE Santé	Régime spécial abrogé en 2005
Prévoyance - retraite	A la même date, externalisation de la prévoyance lourde

Personne interrogée : Direction des ressources humaines, responsable de la protection médicale et sociale

Cas 2. AGRO	
Secteur (NAF)	46.39 B Commerce de gros alimentaire non spécialisé
Type	Filiale française d'un groupe international
CA et résultats	Plus de 500 millions d'€
Effectif	Effectif fin 2005 : 1850 salariés. Effectif en diminution (plans de restructuration)
Profil	½ de l'effectif constitué d'ingénieurs et cadres, ⅓ d'agents de maîtrise, sex ratio = 1 ½ a moins de 40 ans, ancienneté plutôt faible. Turn-over des cadres important
PSCE Santé	Régime obligatoire, unique et uniforme avec un bon niveau de garanties. Cotisations S forfaitaires et dépendantes de la composition familiale. Contribution E forfaitaire quelle que soit la composition familiale. Abandon de la contribution employeur au régime des retraités.
Prévoyance	Système optionnel et catégoriel mis en place par référendum. Cotisations et contributions E dépendantes du régime.
Retraite	Un PERCO se substitue à un art. 39. destiné à l'ensemble des salariés et abondé par E. Mise en place d'un régime spécifique pour les cadres dirigeants.

Personne rencontrée : Direction des Ressources Humaines, Responsable paye

Cas 3. AUTO	
Secteur (NAF)	22. Fabrication de produits en caoutchouc et plastique
CA et résultats	> 15 milliards € en 2006, la ½ en Europe
Effectif	12.000 salariés environ en France, pour un effectif total groupe de 115.000 environ
PSCE Santé	Mutuelle d'entreprise, passage d'un régime facultatif à un régime obligatoire en 2007. passage d'une cotisation forfaitaire à une cotisation proportionnelle plafonnée. Maintien de la contribution de l'entreprise à la couverture santé des retraités.
Prévoyance	Régime catégoriel, de base
Retraite	Régime à prestations définies dans, ouvert à tous les salariés et financé intégralement par l'employeur.
Épargne salariale	Mise en place d'un PERCO en 2007.

Personne rencontrée : Direction des Ressources Humaines, Responsable prévoyance et retraite

Cas 4. DIST**Secteur (NAF)**

NAF 47 : Commerce de détail en magasin non spécialisé

Type

Groupe français de grande distribution

CA et résultats

[20.000 – 40.000[Millions € HT (2006) dont ≈ 50% en France

Effectif

France : [50.000 – 75.000[International : [150.000 – 200.000[

Profil

La ½ de l'effectif est féminin

Âge moyen inférieur à 38 ans

80 % des salariés ont plus de 3 ans d'ancienneté, 44% plus de 12 ans

84 % d'employés (70 % peu ou pas qualifiés)

2/3 de l'effectif à temps complet

Rémunération fixe brute moyenne : ≈ 1.800 € (1.565_{EMP}VS 3.155_{CAD})**PSCE Santé**

Couverture santé facultative, devenue obligatoire en 2007

Cotisations différenciées par groupe professionnel, contribution E, système optionnel, couverture temporaire, pas de contribution E à la couverture santé des retraités

Prévoyance

Dispositif catégoriel, couvertures standards en I-I-D

Retraite

En discussion : mise en place d'un régime de retraite supplémentaire en direction des cadres (Article 83)

Actionnariat salarié Depuis 1977*Personne rencontrée : Direction des ressources humaines, responsable épargne salariale et protection sociale***Cas 5. INFO****Secteur (NAF)**

NAF 300. Fabrication d'ordinateurs et autres équipements informatiques

CA et résultats

> 1 milliard d'€

Effectif

Environ 4.000 salariés

Profil

Les cadres et ingénieurs représentent les 2/3 de l'effectif total.

42 % de l'effectif a plus de 50 ans et plus de 50% de l'effectif total a plus de 20 ans d'ancienneté.

PSCE Santé

Fait marquant récent : retrait de la mutuelle d'entreprise et retrait de la contribution patronale au régime frais de soins des retraités

Le régime frais de soins des salariés est obligatoire, financé par une cotisation assise sur le salaire dans la limite de 8 PMSS, unique et uniforme. Contribution E = 50%

Prévoyance

Système unique pour l'ensemble des salariés

Retraite

Pas de régime supplémentaire

Personnes rencontrées : Directeur des Affaires sociales et Responsable prévoyance

Cas 6. LUX

Secteur (NAF)	Industrie des boissons
Type	Groupe français implanté à l'étranger. En France trois sites de production
CA et résultats	800 millions d'€ Millions €
Effectif	Environ 900 en France
Profil	Etablissement siège : structure d'emploi tertiaire et qualifiée (72% de cadres). Sites de production : répartition des effectifs à proportion 55-45% entre les ouvriers/employés et les agents de maîtrise/cadres. Age et l'ancienneté moyens particulièrement élevés sur certains sites de production.
PSCE Santé	Couverture santé obligatoire Régimes différenciés selon les établissements. Bonne couverture dans l'ensemble.
Prévoyance	Dispositif catégoriel et optionnel, unique pour le groupe
Retraite	Régime de retraite supplémentaire à cotisations définies, obligatoire et unique pour l'ensemble du groupe, financement patronal significatif

Personnes interrogées : Responsable Gestion des Ressources Humaines, Délégués syndicaux (CFE-CGC, CGT)

Cas 7. MUTU

Secteur (NAF)	NAF 65-1 : Assurance
Type	Mutuelle
CA et résultats	≈ 100 Mions (CA propre)
Effectif	220 environ
Profil	Effectif « tertiaire » très féminisé Âge moyen de 40 ans 80 % des salariés ont plus de 3 ans d'ancienneté, 44% plus de 12 ans 40% d'employés, 30 % de techniciens et 30 % de cadres
PSCE Santé	Couverture santé obligatoire pour le salarié CDI, facultative pour la famille et les CDD Cotisations forfaitaires : prise en charge à 100 % par E pour S, répartie entre S et CE pour l'option famille Contribution E à la couverture santé des retraités
Prévoyance	Dispositif catégoriel, couvertures de bon niveau en I-I-D
Retraite	2007 : mise en place d'un régime de retraite supplémentaire (Article 83)

Personne rencontrée : Directeur

Cas (8 et) 9. (Branche pharmaceutique et) PHARMA_A

Secteur (NAF)	NAF 21 : Industrie pharmaceutique
Type	Groupe français
CA	≈ 30 milliards d'€ dont la ½ en Europe
Effectif	30.000
Profil	Haut niveau de qualification
PSCE Santé Régime supplémentaire au régime de branche	Couverture santé et prévoyance obligatoires, contrat uniques Organisme gestionnaire : institution de prévoyance Mise en place d'un système d'épargne santé-retraite
Prévoyance - retraite	PERCO

*Personnes rencontrées : LEEM, Responsable des affaires sociales
PHARMA_A : Direction des Ressources Humaines*

Cas 10. TRANS

Secteur (NAF)	NAF 49.41 Transports routiers de fret
Type	Société par actions
CA	≈ 25 Millions €
Profil	≈ 260 salariés, effectif masculin et ouvrier, taux d'encadrement faible, mais en croissance rapide
PSCE Santé	Couverture santé obligatoire en 2007, deux régimes (cadre et non cadre). Participation employeur du régime non cadre, financement intégral du régime cadre. Contrat unique dans chaque des catégories. Organisme gestionnaire : institution de prévoyance
Prévoyance - retraite	Dispositif de branche.

Personne rencontrée : Directeur des ressources humaines

ANNEXE – CHAPITRE 5

Traitement social et fiscal de la protection sociale complémentaire d'entreprise

1. Synthèse

Avant l'introduction de prélèvements supplémentaires (CSG, CRDS, taxe sur les contributions patronales de prévoyance, taxe sur les régimes de retraite, etc.), les régimes de PSCE se distinguaient par :

- leur statut fiscal :
 - o déductibilité ou non des cotisations
 - o assujettissement ou non des prestations, voire assujettissement partiel
- leur statut social :
 - o assujettissement ou non des cotisations, les prestations « sociales » étant exonérées de contributions sociales

Une hiérarchie des dispositifs pouvait être établie en considérant ces différents cas (*Cf. Tableau ci-dessous*)

Situation sociale	Situation fiscale		Risques concernés
Assujettissement	Imposition du salaire net		Salaire
Exonération sociale (pour l'ensemble des dispositifs de prévoyance ou retraite, obligatoires ou facultatifs ou individuels)	Pas de déductibilité des cotisations, si le régime est à adhésion facultative	Prestations imposables	- néant -
		Prestations partiellement imposables	Rentes viagères acquises à titre onéreux
		Prestations non imposables	Toutes prestations de prévoyance
	Déductibilité fiscale des cotisations, dès lors que le régime est à adhésion obligatoire	Prestations imposables	Prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d'invalidité, de retraite, etc.)
		Prestations partiellement imposables	- néant -
		Prestations non imposables	Capitaux décès et remboursements de frais de soins

Un chiffrage indicatif pouvait être réalisé sur la base de quelques hypothèses simples :

- charges sociales salariales 20% du salaire brut, patronales 60% (le salaire net est égal à la moitié de ce que règle l'employeur),
- l'assureur est supposé restituer sous forme de prestations la totalité des cotisations reçues, sans prélever de frais de services,
- l'assujettissement à l'impôt sur le revenu des prestations périodiques est supposé neutraliser l'avantage initial de déductibilité des cotisations correspondantes.

Ce chiffrage conduit aux résultats suivants :

- le versement sous forme de salaire parvient au salarié amputé de moitié et le salarié doit s'acquitter de l'impôt sur le revenu ;
- le versement sous forme de revenu différé (retraite, invalidité, etc.) parvient au salarié intégralement, et le salarié doit s'acquitter de l'impôt sur le revenu ; ce mode de rémunération est donc deux fois plus avantageux que la rémunération directe ;

– le versement sous forme de remboursement de frais de soins ou de capitaux décès, via un organisme assureur, parvient au salarié intégralement, et est exonéré d'impôt sur le revenu ; ce mode de rémunération est donc deux fois plus avantageux, sans compter l'exonération totale d'impôt.

La création de multiples prélèvements supplémentaires a limité les écarts entre modes de rémunération :

- CSG/CRDS sont venues s'appliquer indifféremment à l'ensemble des revenus, mais la diminution corrélative des charges sociales salariales sur salaire a rendu le mode de rémunération « salaire » plus attractif qu'auparavant relativement à la rémunération sous forme d'avantage de prévoyance ou de retraite,
- Une taxe initialement de 6% et aujourd'hui de 8% est venue grever l'économie des dispositifs de prévoyance.

Ce qui nécessite d'aborder, dans la section 2 ci-après, un chiffrage plus précis.

2. Effets du statut fiscal et social des cotisations de retraite et de prévoyance

Les dispositions vues à la section 1 sont les mêmes pour tous les salariés.

En pratique cependant, nous distinguerons le cas général des salariés non touchés par les règles de plafonnement (2.1.) avant d'approfondir le cas particulier du petit nombre de salariés, dans le haut de la hiérarchie des rémunérations, touché par ces règles de plafonnement (2.2).

2.1. Chiffrage des disparités de traitement socio-fiscal dans le cas général

Le chiffrage des disparités de traitement socio-fiscal est devenu très complexe, suite à la création de multiples prélèvements ayant des modalités d'application différents.

Compte tenu de ces éléments, le chiffrage peut être réalisé très précisément à partir d'une application paramétrable (*Cf. Tableau page suivante*) :

Les paramètres de la simulation individuelle figurent dans la partie haute de l'application.

Des résultats intermédiaires figurent en partie médiane.

Un tableau présente la situation fiscale et sociale,

- vue côté employeur, avec détermination d'un « coût global employeur »
- vue côté salarié, avec détermination d'un « gain de pouvoir d'achat salarié ».

Un tableau final met en regard :

- ce que reçoit le salarié relativement à ce qu'a versé son employeur,
- ce qu'il recevrait, en pourcentage de la rémunération directe actuelle, si son employeur choisissait un autre mode de rémunération indirecte ou différée, selon le mode de rémunération retenu.

**APPROCHE DE LA REMUNERATION 2006 EN TERME DE REMUNERATION GLOBALE
SIMULATION INDIVIDUELLE DU GAIN LIE AUX PRINCIPAUX MODES POSSIBLES DE REMUNERATION**

PARAMETRES DE SIMULATION

Prorata Taxe sur les salaires **100%**
option maintien règl <2003 **VRAI** (y c sur Art 39)

Rémunération annuelle **10 000 €** (tranche A)
IR marginal / cotisation **25%**
IR marginal / prestation **25%**

Tx cot.	prévoyance		retraite suppl.	
	salarié	employeur	salarié	employeur
TA	4,00%	1,00%	1,00%	1,00%
TB	4,00%	1,00%	1,00%	1,00%
TC	4,00%	1,00%	1,00%	1,00%
au-delà	-	-	-	-

Pas d'épargne salariale

RESULTATS INTERMEDIAIRES

Cotisations	Salarié	Employeur	TOTAL
Vieillesse S.S	665,00	820,00	1 485,00
ARRCO	281,00	469,00	750,00
AGIRC	0,00	0,00	0,00
CET	13,00	22,00	35,00
AGFF	80,00	120,00	200,00
Cotisation retraite obligatoire	1 039,00	1 431,00	2 470,00
Cotisation Prévoyance	400,00	100,00	500,00
Cotisation Retraite supplémentaire	100,00	100,00	200,00
Total Général	1 539,00	1 631,00	3 170,00

Réintégration sociale
Retraite **FAUX**
Prévoyance **FAUX**

Réintégration fiscale
Retraite **FAUX**
Prévoyance **FAUX**

SIMULATIONS SELON LE MODE DE REMUNERATION

situation financière pour 100 euros d'avantage brut apporté par l'employeur

	SALAIRE	prév décès ou maladie individuelle ou facultative	prév col décès	prév col maladie	prév col maintien salaire	prév col invalidité	retraite col art 83	retraite art 39	
COTISATIONS									
montant brut de l'avantage	100	100	100	100	100	100	100	100	
charges sociales patronales	42,61	0	0	0	0	0	0	0	0
taxes employeur	8,5		8	8	-	8		0	
autres :									
PRE									
charges sociales sur prestation		-	-	-	39,201	-	-	-	
COUT EMPLOYEUR	151,11	100	108	108	139,2	108	100	100	0
COTISATIONS									
montant brut de l'avantage	100	100	100	100	100	100	100	100	
charges sociales salariales	18,64	0	0	0	0	0	0	0	0
CSG/CRDS sur 97% avantage	7,76	7,76	7,76	7,76	7,76	7,76	7,76	7,76	
assiette de IIR	76,413	95,053	95,053	95,053	95,053	95,053	95,053	95,053	
IR sur contribution	19,10325	23,7633	0	0	0	0	0	-	-
PRESTATIONS									
taux chargement & taxe	-	-	6%	73%	8%	8%	3%	7%	
chargements assureur & taxes	0	0	6	13	8	8	3	1	
prestation brute moyenne		100	94	87	92	92	97	99	
charges sociales sur prestation			-	-	17,15	1,66	1,75	1,78	
CSG/CRDS sur prestation			-	-	7,36	7,36	7,76	7,92	
impôt sur prestation					18,18	22,05	23,25	23,73	
GAIN SALARIE	54,50	68,48	86,24	79,24	41,55	53,17	56,49	57,81	0,00
exprimé en % du COUT EMPL	36%	68%	80%	73%	30%	49%	56%	58%	
base salaire = 100	100	190	221	203	83	137	157	160	

Ainsi que cela apparaît dans l'exemple ci-après :

- Les abondements de l'employeur à de l'épargne salariale, et la prise en charge d'une assurance obligatoire versant des capitaux décès (ou des remboursements de frais de soins) restent de loin les dispositifs les plus favorisés par les dispositifs socio fiscaux existants,
- Les dispositifs avec versement de prestations périodiques différées (retraite, invalidité, rentes de conjoint et d'orphelins) viennent ensuite, leur principal avantage étant l'exonération de charges sociales patronales,

Les dispositifs de couverture du maintien de salaire sont quant à eux devenus contreproductifs, essentiellement du fait du double assujettissement CSG/CRDS une première fois sur les cotisations et une deuxième fois sur les prestations

2.2. Chiffrage s'agissant des plus hautes rémunérations

Dans quelle mesure les limites de déductibilité et d'exonération constituent-elles des contraintes ou opportunités pour les régimes de retraite ou de prévoyance d'entreprise ?

Les limites de déductibilité fiscale (exonération sociale) déterminent les sommes maximales qu'un salarié (employeur) peut investir en retraite ou en prévoyance complémentaire en franchise d'impôt sur le revenu (de cotisations sociales). Ces sommes peuvent être calculées en appliquant la notion de « disponible » :

– Le disponible fiscal correspond à la fraction du salaire d'un salarié donné qui pourrait être versée à un régime de retraite supplémentaire et/ou de prévoyance complémentaire tout en bénéficiant des exonérations fiscales en vigueur sur les cotisations salariales et patronales.

– Le disponible social correspond à la fraction de salaire d'un salarié donné qui pourrait être versée à un régime de retraite supplémentaire et/ou de prévoyance complémentaire tout en bénéficiant des exonérations sociales en vigueur sur les cotisations patronales.

Les graphiques ci-après (*Tab 2 et G1. A et B*), construits à partir des taux en vigueur en 2000 permettent de visualiser le montant maximal des cotisations maximales déductibles, exprimé en pourcentage de différents niveaux de rémunération. Ils montrent que le disponible est très important pour les tranches basses de salaire et se réduit ensuite sensiblement. Ainsi un salarié dont la rémunération est de 600.000 F, peut cotiser, en part patronale et part salariale jusqu'à 20% de son salaire en retraite et prévoyance, dont 4 % pour la seule prévoyance, en franchise d'impôt sur le revenu. Un raisonnement analogue peut être appliqué aux cotisations patronales pour déterminer le disponible social : pour la même rémunération (600.000F) un salarié peut cotiser, en part patronale, jusqu'à 12% de son salaire en retraite et prévoyance, en franchise de cotisations sociales patronales (3% pour la seule prévoyance).

Cette analyse doit être conduite dans le temps pour, d'une part, tenir compte du fait que les taux de cotisation et d'appel aux régimes obligatoires (sécurité sociale, ARRCO et AGIRC) ont eu tendance à augmenter et, d'autre part, prendre la mesure de l'impact quantitatif des dispositions issues des lois de 2003 et de 2004 qui modifient en profondeur le traitement fiscal et social des cotisations versées au titre des régimes complémentaires ou supplémentaires.

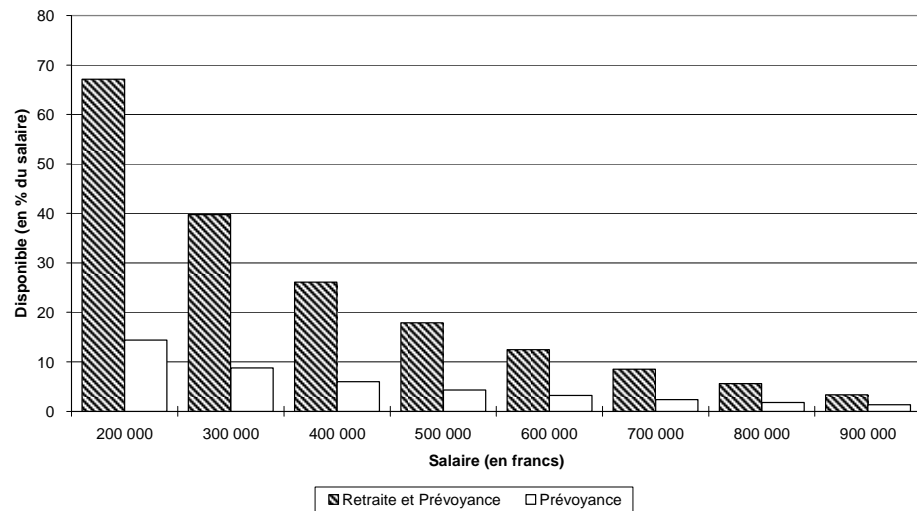
L'exercice est conduit sur la période 1994-2005. Les séries des taux de cotisations ont été reconstituées à partir des annuaires Lamy Social et Mémo Social [*Cf. Annexe*] Le disponible est exprimé en coefficient de PASS et les limites de déduction (exonération) ont été traduites de la façon suivante (*Tab 3, ci-dessous*).

Tableau 2

Disponibles social et fiscal (Données 2000 - hypothèse d'une cotisation prévoyance de 3%, dont 2,38% pour l'employeur (E))

Salaire annuel brut (F)	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	1000000	1050000	1101000	1150000	1221500	1300000
Tranche A	100000	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400	176400
Tranche B	0	23600	123600	223600	323600	423600	523600	529200	529200	529200	529200	529200	529200	529200	529200
Tranche C	0	0	0	0	0	0	0	94400	194400	294400	344400	395400	444400	515900	594400
Cotisations sociales S+E															
Retraite (a)	23850	47183	68843	90503	112163	133823	155483	177087	198687	220287	231087	242103	252687	268131	285087
Prévoyance (b)	3000	6000	9000	12000	15000	18000	21000	24000	27000	30000	31500	33030	34500	36645	39000
Totales (F)	26850	53183	77843	102503	127163	151823	176483	201087	225687	250287	262587	275133	287187	304776	324087
Disponible Fiscal															
Retraite et prévoyance	241278	214945	190285	165625	140965	116305	91645	67041	42441	17841	5541	-7005	-19059	-36648	-55959
Prévoyance	39336	36336	33336	30336	27336	24336	21336	18336	15336	12336	5541	-7005	-19059	-36648	-55959
Cotisations sociales E															
Retraite (a)	4500	10896	23432	35968	48504	61040	73576	86079	98579	111079	117329	123704	129829	138766	148579
Prévoyance (b)	2380	4760	7140	9520	11900	14280	16660	19040	21420	23800	24990	26204	27370	29072	30940
Totales (F)	6880	15656	30572	45488	60404	75320	90236	105119	119999	134879	142319	149907	157199	167838	179519
Disponible Social															
Retraite et prévoyance	143060	134284	119368	104452	89536	74620	59704	44821	29941	15061	7621	33	-7259	-17898	-29579
Prévoyance	31136	28756	26376	23996	21616	19236	16856	14476	12096	9716	7621	33	-7259	-17898	-29579

DISPONIBLE SOCIAL



DISPONIBLE FISCAL

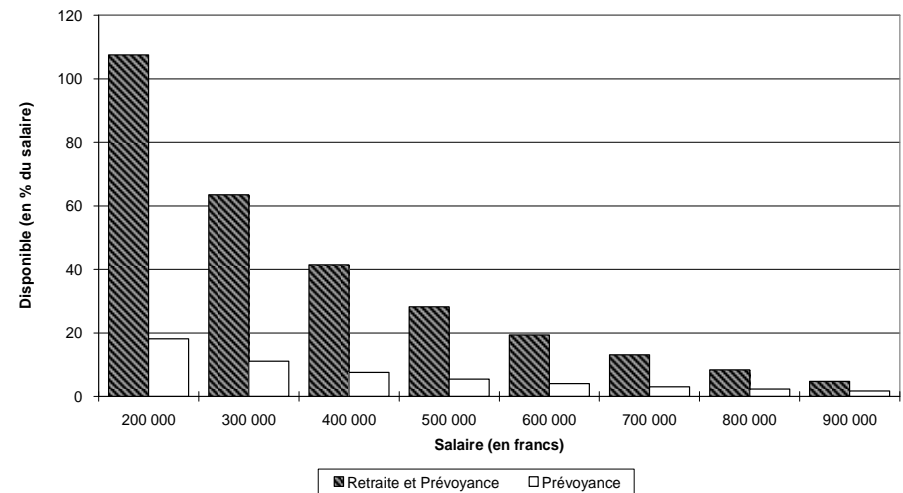


Tableau : Limites de déductibilité fiscale et d'exonération sociale avant et après les lois de 2003 et 2004

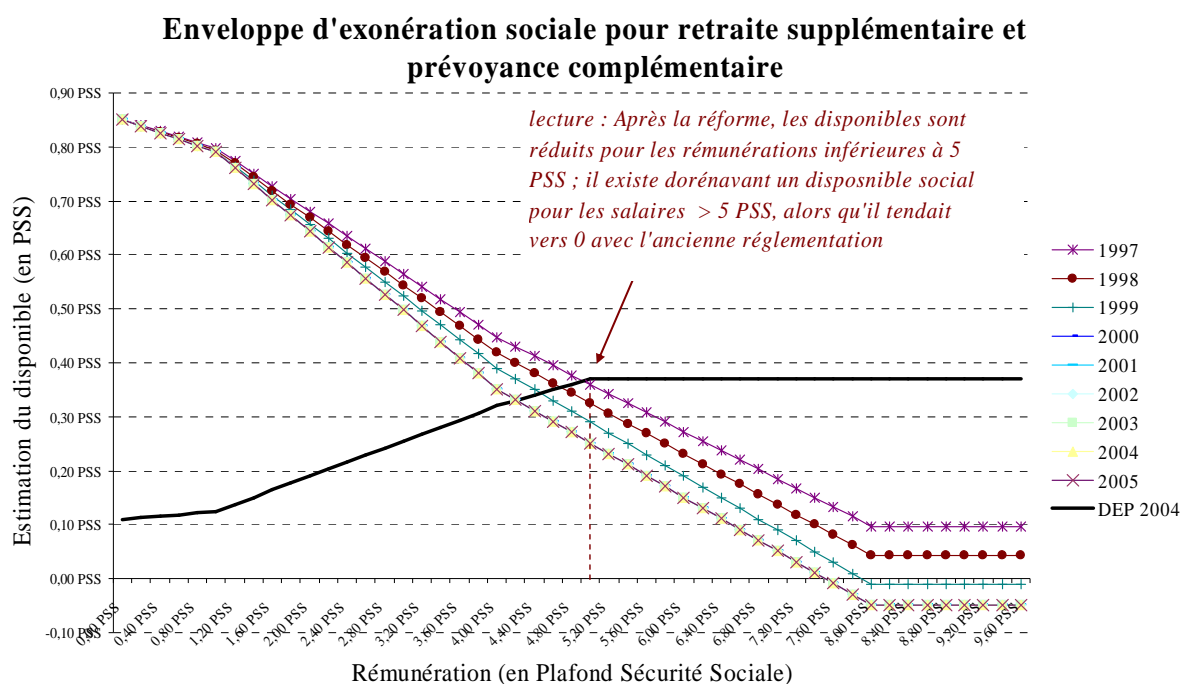
	AVANT 2005	APRES 2005
Plafond de déductibilité fiscale		
Retraite et prévoyance	1.52 P	$0.08 \text{ Min (P ; RAB) + Min (0.07+0.03RAB ; 0.24P)}$
Retraite (dont) Prévoyance	(dont) 0.24 P	$0.08 \text{ Min (P ; RAB)}$ $\text{Min (0.07+0.03RAB ; 0.24P)}$
Plafond d'exonération sociale		
Retraite et prévoyance	0.85 P	$0.05 [\text{Max (1 ; Min (5P ; RAB))}] + \text{Min}(0.12 \text{ P, } 0.06\text{P} + 0.015 \text{ RAB})$
Retraite (dont) Prévoyance	(dont) 0.19 P	$0.05 [\text{Max (1 ; Min (5P ; RAB))}]$ $+ \text{Min}(0.12 \text{ P, } 0.06\text{P} + 0.015 \text{ RAB})$ ou dit autrement $0.06\text{P} + 0.015 \text{ Min (4P ; RAB)}$

P = Plafond Annuel de Sécurité Sociale
RAB = Rémunération annuelle brute

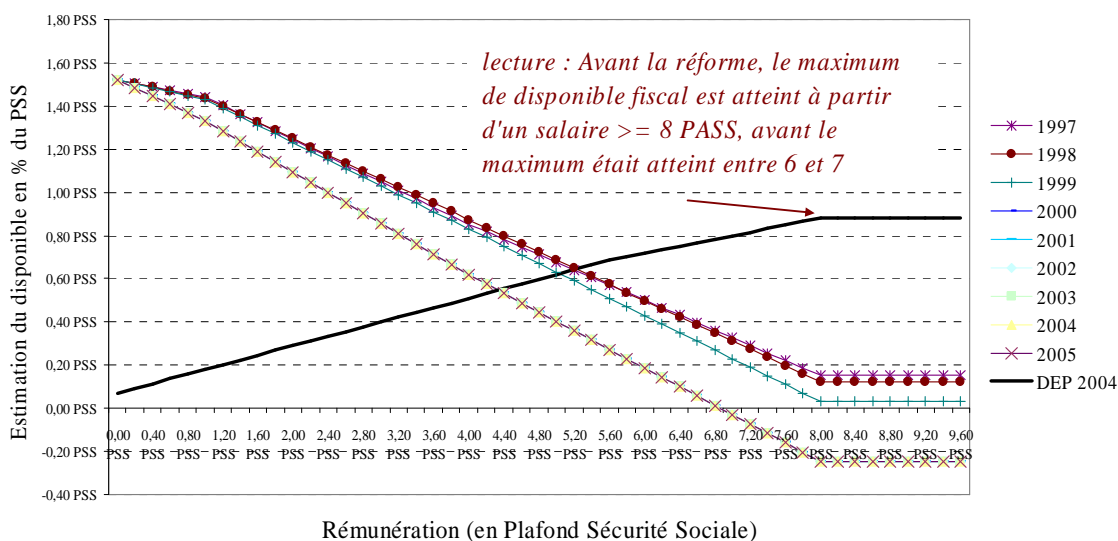
On observe :

1°) qu'entre 1997 et 2005 (ancien régime), sous certaines hypothèses de taux de cotisation aux régimes de prévoyance et de retraite d'entreprise, le salaire annuel brut qui annule le disponible fiscal est passé de 7,8 à 7 PASS et que le disponible social s'annule en 2001 à partir d'une rémunération supérieure à 8 PASS.

2°) le traitement socio-fiscal de la PSCE mis en place à partir de 2005, consécutivement aux lois 2003 et 2004, change considérablement la donne puisque le disponible (tant social que fiscal) augmente avec la rémunération



Enveloppe de déductibilité fiscale pour retraite supplémentaire et prévoyance complémentaire



3. L'impact du dispositif social et fiscal dans la gouvernance de la protection sociale complémentaire d'entreprise

La présentation, d'abord historique et juridique (section 1) puis chiffrée (section 2) de l'impact des règles fiscales et sociales sur le « rendement » des différents modes de rémunération indirecte ou différés a permis à partir de plusieurs cas types de formuler les hypothèses suivantes, selon une optique soit statique, soit dynamique.

3.1. Le dispositif social et fiscal 2006

Il a pu être constaté que la présence d'une taxe sur les salaires, pesant exclusivement sur la rémunération directe, a pour effet d'accroître l'intérêt relatif de la rémunération indirecte par rapport à la rémunération directe :

- ⇒ il est donc vraisemblable que les entreprises assujetties à la taxe sur les salaires auront, en % de la masse salariale, un plus grand niveau de contribution patronale à de la prévoyance ou à de la retraite

Il a pu être constaté que les différents modes de rémunération indirecte avaient un intérêt financier différencié :

- ⇒ il est donc vraisemblable que les entreprises mettront en place par priorité un régime de couverture décès et un régime de frais de santé, puis des régimes de rémunération indirecte ou différée,
- ⇒ En cas de participation financière employeur/salarié différente selon les risques, il est vraisemblable que l'on trouvera un taux de participation employeur supérieur pour la garantie décès ou frais de soins, plutôt que pour des garanties de prestations périodiques.

Il a pu être constaté que le recours à des organismes assureurs pour la couverture du maintien de salaire financé exclusivement par l'employeur est contreproductif

- ⇒ il peut donc être supposé que les entreprises, soit ne pratiquent pas un tel recours, soit méconnaissent le surcoût correspondant, soit ont mis en œuvre des dispositions particulières pour éviter ce surcoût (cas où le maintien de salaire n'est pas financé par l'employeur mais par les salariés)

Il a pu être constaté que certains « hauts salaires » ont des intérêts différents du grand nombre des salariés en matière de protection sociale complémentaire

- ⇒ il peut donc être supposé que, en présence de « hauts salaires », les entreprises vont mettre en œuvre des dispositions visant à, soit les exclure du dispositif (voire de l'entreprise, les cadres dirigeants étant rattachés à une société holding de moins de 50 salariés, donc non obligée d'avoir un CE et de l'informer), soit à en limiter les effets, notamment par des mesures de plafonnement de la rémunération prise en compte.

3.2. L'évolution du dispositif social et fiscal.

Il apparaît que l'intérêt fiscal/social des rémunérations indirectes sous forme de garanties de prévoyance et de retraite,

- a été accru par les dispositions favorables introduites en 1975 en droit fiscal et en 1985 en droit social,
- a diminué depuis 1996 :
 - avec l'instauration de la CRDS (1996) lorsqu'elle s'applique doublement sur les cotisations puis les prestations de protection sociale complémentaire, puis avec l'élargissement de l'assiette de la CSG (1997),
 - avec la création de la taxe sur les contributions patronales sur les régimes de prévoyance (1996) puis l'augmentation de son taux (1998),
 - puis avec l'augmentation du taux de CSG couplée à la diminution du taux de charges sociales salariales,
 - et enfin avec l'augmentation des tarifs et prélèvements des organismes assureurs, suite à différentes règles :
 - exigences de suppléments de fonds propres,
 - exigence de suppléments d'information aux autorités de tutelle (très nombreux décrets et arrêtés successifs),
 - exigence de suppléments de formation (TRACFIN, ...),
 - exigence de supplément de financement des organismes de contrôle.
- a diminué encore avec la réforme de 2003 (baisse des plafonds pour les bas salaires, suppression des avantages relatifs à la prévoyance facultative et aux contrats ne respectant pas un cahier des charges national), sauf en ce qui concerne :
 - les hauts salaires, principaux bénéficiaires de la réforme des plafonds de déductibilité fiscale et sociale,
 - les régimes de retraite supplémentaire à prestations définies conditionnées par la présence dans l'entreprise lors du départ à la retraite (régimes « article 39 »), qui échappent désormais aux charges sociales ainsi que, fait remarquable, à la CSG/CRDS.
 - Les suppléments de retraite souscrits auprès de l'ARRCO ou de l'AGIRC, avant la réforme structurante de 1993-1994 qui a simultanément confirmé la nature de régime de base des régimes ARRCO et AGIRC, et a supprimé tout ce qui pouvait relever de choix de l'entreprise et concurrencer la sphère marchande ;

- ⇒ il est donc vraisemblable que le niveau des contributions patronales de prévoyance et retraite, exprimé en % de la masse salariale nationale, aura connu des inflexions en phase avec les dates ci-dessus.

S'agissant du cas particulier des « hauts salaires », concernés par le dépassement des plafonds d'exonération sociale et/ou de déductibilité fiscale, il apparaît que l'intérêt fiscal/social des rémunérations indirectes sous forme de garanties de prévoyance et de retraite,

- a diminué régulièrement de 1991 à 2003 du fait de l'augmentation régulière des taux de cotisation et des taux d'appel aux retraites complémentaires AGIRC, et donc de la diminution du « disponible » fiscal et social,
 - a augmenté brutalement à l'occasion du changement de réglementation intervenu en 2003, avec :
 - l'instauration d'un plafond spécifique pour la retraite à cotisations définies,
 - la suppression de tout assujettissement social des contributions de l'employeur à des retraites à prestations conditionnées par la présence dans l'entreprise à la date du départ à la retraite,
- ⇒ il est donc vraisemblable que l'on assiste, à l'aube de cette réforme, à un essor des dispositifs de retraite à l'attention des « hauts salaires » et donc des cadres dirigeants.

CHAPITRE 6

Pratiques observées dans les entreprises

Nous livrons dans ce chapitre un ensemble de résultats « bruts » relatifs à l'architecture des systèmes de protection sociale complémentaire des entreprises de notre échantillon. Nous nous appuyons sur les matériaux collectés lors des entretiens ou obtenus de façon périphérique aux entretiens. Conformément à la méthodologie présentée, la recherche s'est attachée à caractériser les dispositifs en place à partir de cinq questions : Quels régimes ? Quel financement ? Qui en bénéficie ? Quelles garanties ? Quelle gestion ? La *section 1* s'ordonne autour des trois premiers éléments de caractérisation. Les quatre sections suivantes constituent des *focus* transversaux sur chacun des risques couverts par la PSCE, notamment sous l'angle des garanties offertes : assurance maladie complémentaire des salariés (*section 2*), assurance maladie complémentaire des retraités (*section 3*), prévoyance invalidité, incapacité, décès (*section 4*), retraite supplémentaire (*section 5*). La *section 6* s'intéresse à la gestion de la PSCE. La discussion générale des résultats observés au regard des hypothèses qui ont cadré l'analyse fera l'objet du chapitre 7.

Section 1. Étendue de la PSCE selon les entreprises et efforts contributifs

1.1. Quels régimes ?

Toutes les entreprises ont mis en place un ou des régimes frais de soins pour leurs salariés. Toutes ont un régime de prévoyance, mais celui-ci peut ne pas être généralisé à l'ensemble des salariés (AUTO). Certaines entreprises (AUTO, LUX, MUTU, PHARMA_A) ont mis en place un régime de retraite supplémentaire.

1.2. Quels bénéficiaires ?

Les droits d'accès aux régimes peuvent être ouverts conditionnellement à la nature du contrat de travail, à l'ancienneté ou au statut professionnel. Ils peuvent (cas du frais de soins) bénéficier à la famille du salarié.

En général les régimes sont ouverts aux salariés « inscrits à l'effectif », ce qui fait que les droits sont maintenus dans un certain nombre de cas de suspension du contrat du travail. L'accord collectif signé PHARMA_A énumère les situations de suspension de contrat qui n'annulent pas le bénéfice du régime : congé épargne temps rémunéré totalement, congé fin de carrière rémunéré totalement, congé maternité, paternité, adoption, maladie ou accident pendant la période de maintien de salaire. Bien que la totalité de la rémunération soit dans ce cas perdue, les congés sans solde d'une durée prévisible de 6 mois au plus ne ferment pas non plus les droits en contrepartie du paiement des cotisations (la répartition salarié/employeur s'applique alors sur une base fictive).

En revanche, l'adhésion des salariés d'AGRO au contrat collectif prévoyance est subordonnée au fait de ne pas avoir de contrat de travail suspendu entraînant la perte de la rémunération et de ne pas être en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident. Les garanties reprennent leur effet dès la remise en vigueur du contrat de travail.

Lorsqu'ils travaillent dans une entreprise ayant instauré un régime obligatoire d'assurance complémentaire santé, les titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 3 mois peuvent ne pas rentrer dans le champ de l'obligation et adhérer de façon facultative au régime complémentaire. Cette clause est prévue par la loi.

Chez DIST le régime obligatoire est ouvert après 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise. Dans l'attente de pouvoir bénéficier du régime obligatoire, DIST propose aux salariés plusieurs formules facultatives de remboursement de soins adaptées à la situation familiale. Cette mutuelle est destinée à couvrir tous les salariés nouvellement embauchés, que ce soit sur un contrat à durée déterminée ou indéterminée. L'adhésion est conclue pour une durée minimale de 1 an renouvelable et est résiliée automatiquement dès lors que les conditions d'entrée dans le régime obligatoire sont réunies. Si le salarié quitte l'entreprise avant la fin du contrat il garde le bénéfice du contrat pour la durée restant à courir. Les garanties sont identiques à celles du régime obligatoire.

1.3. Qui paie et comment ?

Les ressources des régimes de protection complémentaire proviennent dans la majorité des cas de cotisations, plus rarement et dans le cas seulement des régimes « frais de soins » de la contribution du Comité d'entreprise. Ceci posé, les cotisations peuvent être proportionnelles au salaire – dans ce cas porter sur l'intégralité du salaire ou être plafonnées – ou forfaitaires – ou quasi-forfaitaires quand elles sont exprimées en pourcentage d'une valeur fixe – en général le plafond de la sécurité sociale. Quand les cotisations entrent dans des dispositifs d'exonération sociale ou de déductibilité fiscale, l'assiette des cotisations obéit à des règles précises. Nous limitons l'analyse à l'assurance-maladie complémentaire et à la prévoyance lourde. Les systèmes de retraite supplémentaires seront étudiés globalement en section 5.

a) Assurance-maladie complémentaire

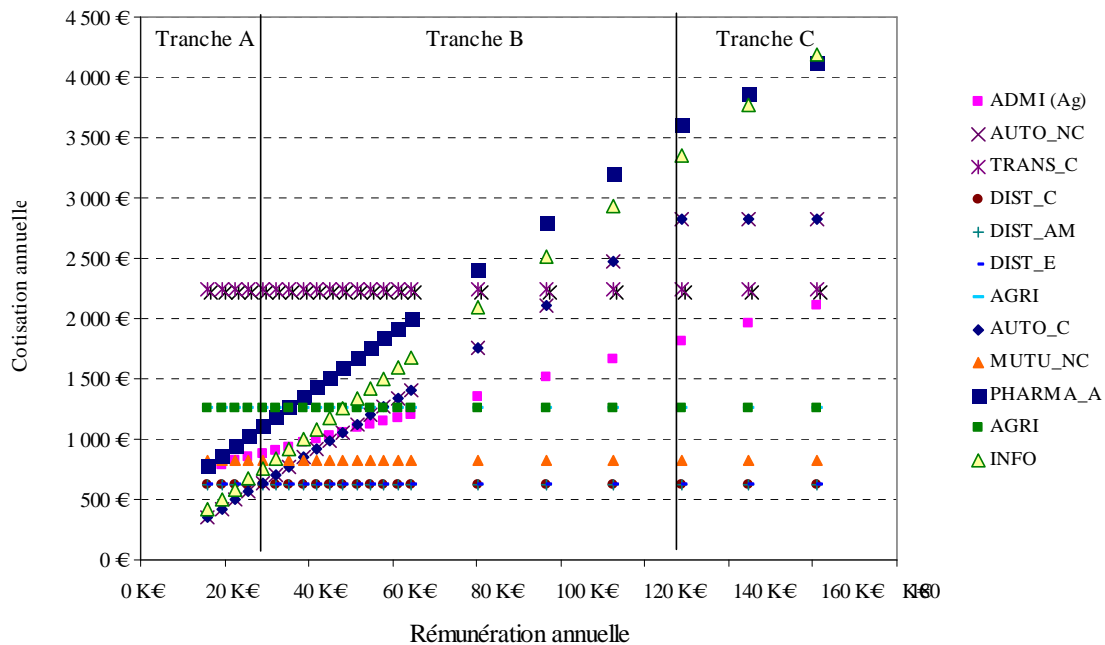
Le choix dominant est celui de la cotisation forfaitaire. Dans certains cas (LUX et TRANS) le forfait est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Chez LUX, cette option était questionnée au moment de l'enquête dans la mesure où l'entreprise n'ayant pas le contrôle de l'évolution du PMSS, elle peut être exposée à des hausses de cotisations non souhaitées. Quand elles sont proportionnelles au salaire (ADMI, AUTO, INFO, PHARMA), les cotisations sont plafonnées. Le plafond choisi (2, 4 ou 8) n'est pas neutre quant à la répartition de l'effort contributif entre salariés. Le choix en faveur d'un plafond élevé peut résulter de la volonté délibérée de « faire cotiser » sur l'intégralité du salaire quand bien même les prestations sont forfaitaires (sous l'hypothèse que les salariés des entreprises relèvent d'une même classe de risque), INFO et PHARMA ont ainsi introduit un plafond égal à 8 PMSS. En revanche, AUTO a plafonné la cotisation à 2 PMSS. Le soutien « politique » interne à ce qui participe d'une logique de redistribution verticale, est un élément déterminant qui donne plus ou moins de latitude décisionnelle aux partenaires.

Les niveaux d'effort sont différents d'une entreprise à l'autre : ainsi pour un salaire annuel de 16,1 k€, qui correspond à ½ PASS, la cotisation « santé » (part salariale + part patronale) sera de 352 € chez AUTO et de 2.252 € pour les salariécadres de TRANS. Si on élimine l'*outlier*

(*TRANS_cadres*), les contributions annuelles pour des salaires inférieurs à 4 plafonds apparaissent plus ramassées et comprises dans l'intervalle [568 (DIST) ; 1288 (PHARMA_A)]. A un niveau de salaire de 4 plafonds (soit un salaire annuel de 144,8 K€), l'écart $_{min/max}$ est de l'ordre de 10 (359 pour DIST *versus* 3869 € pour PHARMA_A) (*Graphiques 1 et 2*).²⁵⁰

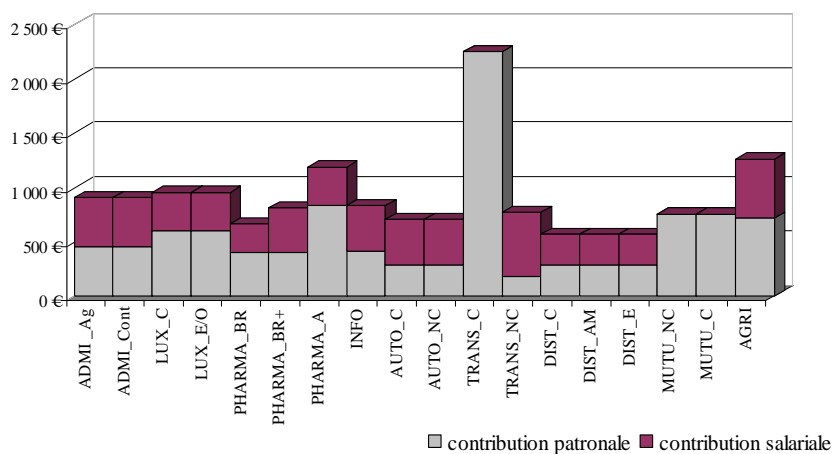
Comment se répartit l'effort contributif entre l'employeur et le salarié ? Dans deux cas d'entreprise, la contribution au régime frais de soins est prise en charge intégralement par l'employeur. C'est le cas de la mutuelle MUTU et de TRANS mais TRANS ne contribue à 100% que pour les cadres. La participation de l'employeur se situe dans une fourchette de 40 à 60 % (*Graphique 3*).

Graphique 1 : [Frais de soins] Niveau de cotisation selon la rémunération

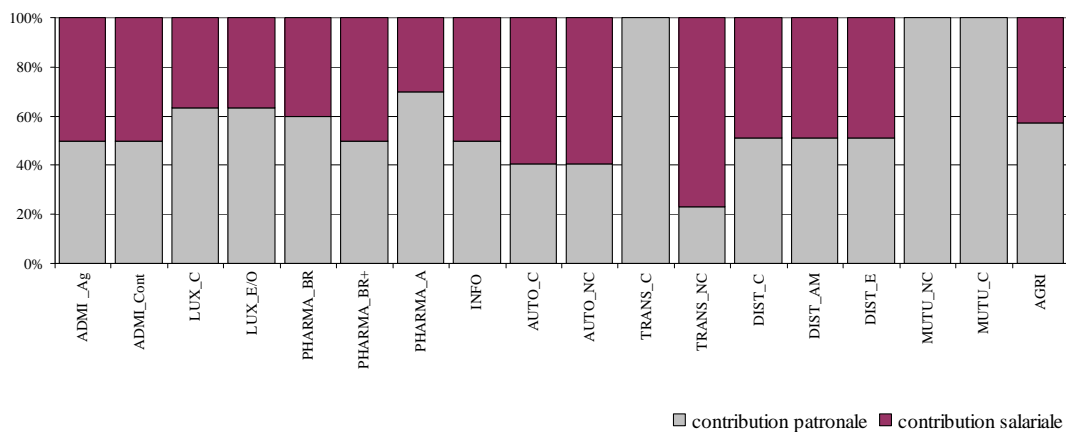


²⁵⁰ Les données de base sont les données transmises par l'entreprise ou relevées dans les textes des accords ou dans les notices. Elles ne comprennent que les régimes externalisés, à l'exclusion des régimes gérés en interne (mensualisation, retraite à prestations définies). Les informations datent de 2005, 2006 ou 2007 et ne sont donc pas totalement homogènes dans le temps. Les représentations graphiques sont conditionnelles aux conventions retenues : a) les montants de cotisation frais de santé en euros (2006-2007) ont été convertis en % du plafond sécurité sociale en les divisant par le plafond 2007, b) en présence d'une grille de cotisation complexe en frais de santé, seules ont été saisies la cotisation minimale (isolé) et la cotisation maximale (grande famille), c) la cotisation "frais de santé" affichée est une moyenne pondérée entre la cotisation la plus faible (isolé) et la cotisation la plus élevée (famille nombreuse), d) en présence de plusieurs régimes au choix, le régime "mini" est saisi comme 1er régime, le supplément du régime le plus cher est saisi en complément facultatif de 3ème niveau.

Graphique 2 : [Frais de soins] Contribution patronale et salariale à un niveau de rémunération = 1 PASS (32.184 €)



Graphique 3 : [Frais de soins] Répartition des contributions patronales et salariales à un niveau de rémunération = 1 PASS (32.184 €)

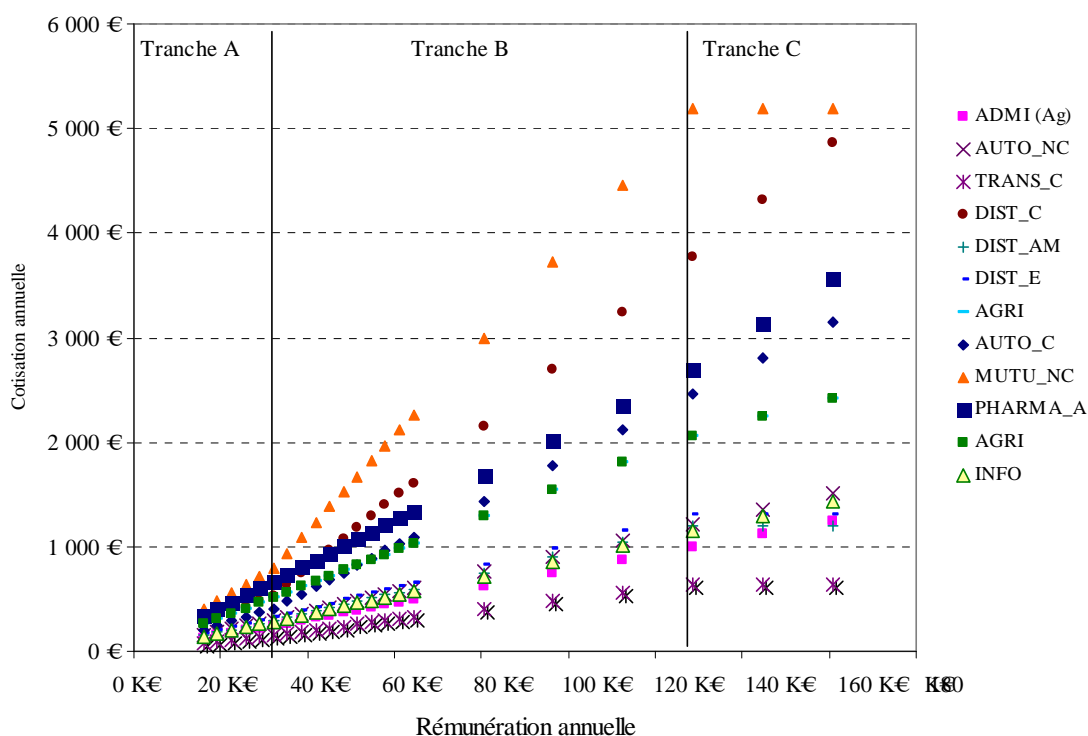


b) Prévoyance invalidité, incapacité, décès.

La règle dominante est dans ce domaine celle d'une cotisation proportionnelle au salaire dans la limite d'un plafond qui peut être variable. Les prestations sont également plafonnées.²⁵¹

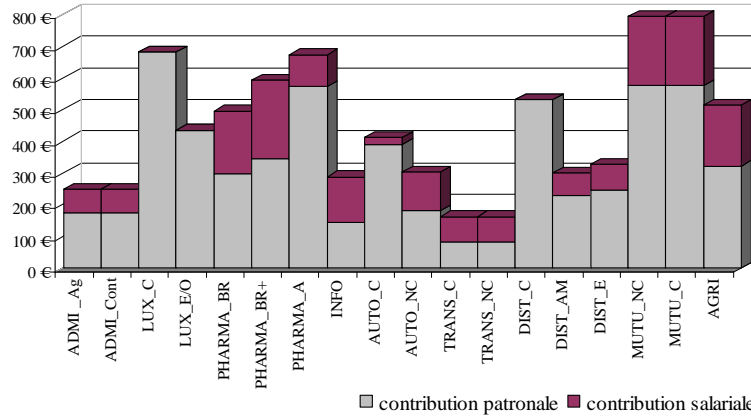
Les niveaux d'effort sont plus faibles en prévoyance qu'en santé au moins dans la partie inférieure des rémunérations. Les niveaux d'effort sont différents d'une entreprise à l'autre : ainsi pour un salaire annuel de 16,1 k€, qui correspond à ½ PASS, la cotisation « prévoyance » (part salariale + part patronale) sera de 161 € chez TRANS et de 795 € pour MUTU. Les contributions annuelles pour des salaires égaux à 4 plafonds comprises dans l'intervalle [644 (TRANS) ; 5.188 (MUTU_NC)], ce qui représente respectivement 0,5 et 4% de la rémunération annuelle (*Graphiques 4 et 5*)

Graphique 4 : [Prévoyance lourde externalisée] Niveau de cotisation selon la rémunération



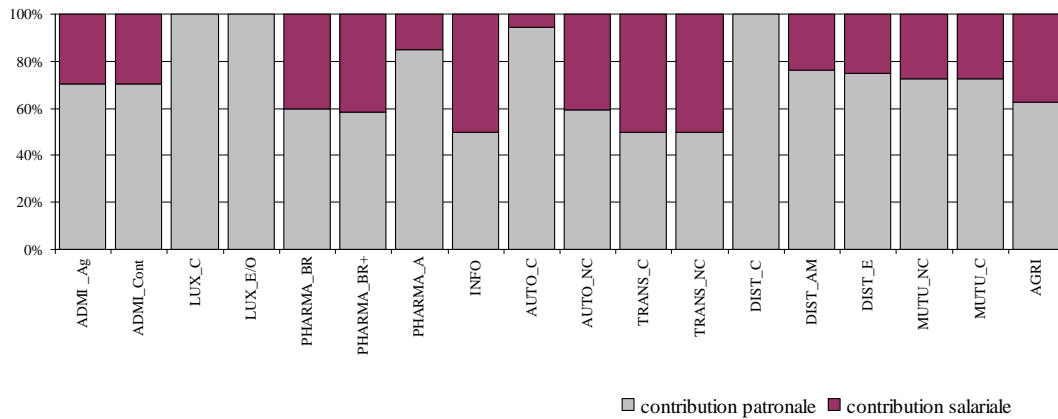
²⁵¹ Pour le détail des assiettes de cotisations et des bases de garanties on se reportera à la lecture des monographies (Tome 2)

Graphique 5 : [Prévoyance] Contribution patronale et salariale à un niveau de rémunération = 1 PASS 32.184€)



La participation patronale moyenne est de 73% à un niveau de rémunération égal à 1 PASS. La participation la plus basse (en termes relatifs) est de 50 %, la plus haute de 100%. (DIST_Cadres, MUTU, LUX). Elle est de 67 % à un niveau de rémunération égal à 4 PASS.

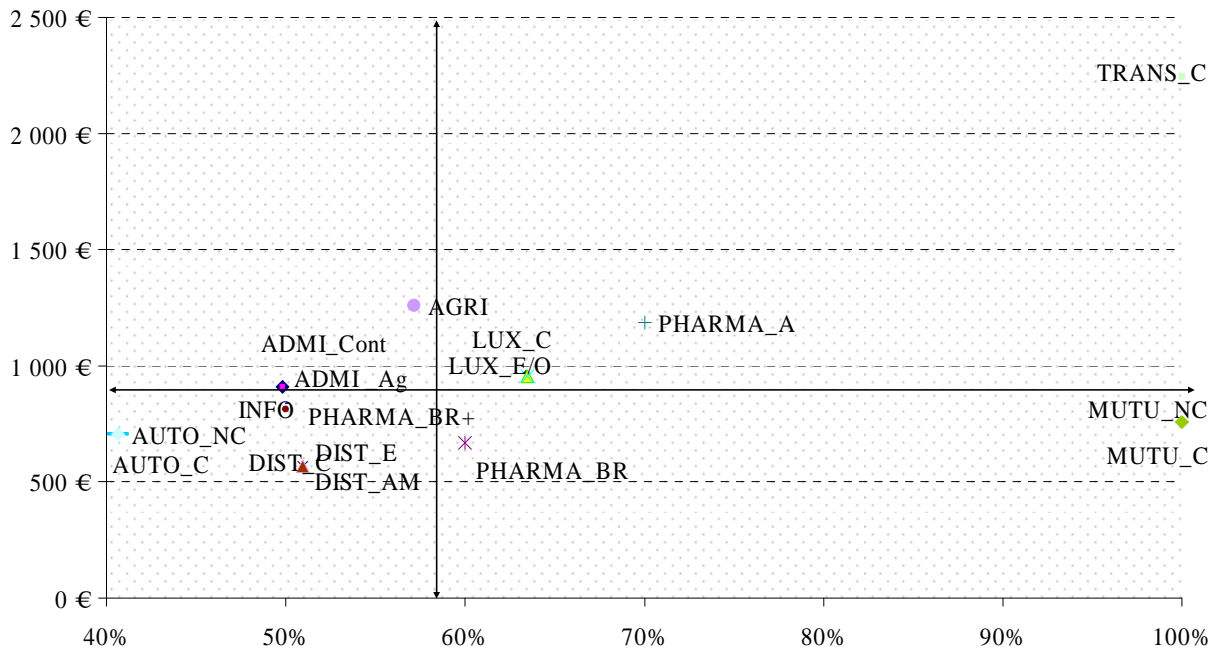
Graphique 6 : [Prévoyance] Répartition des contributions patronales et salariales à un niveau de rémunération = 1 PASS (32.184 €)



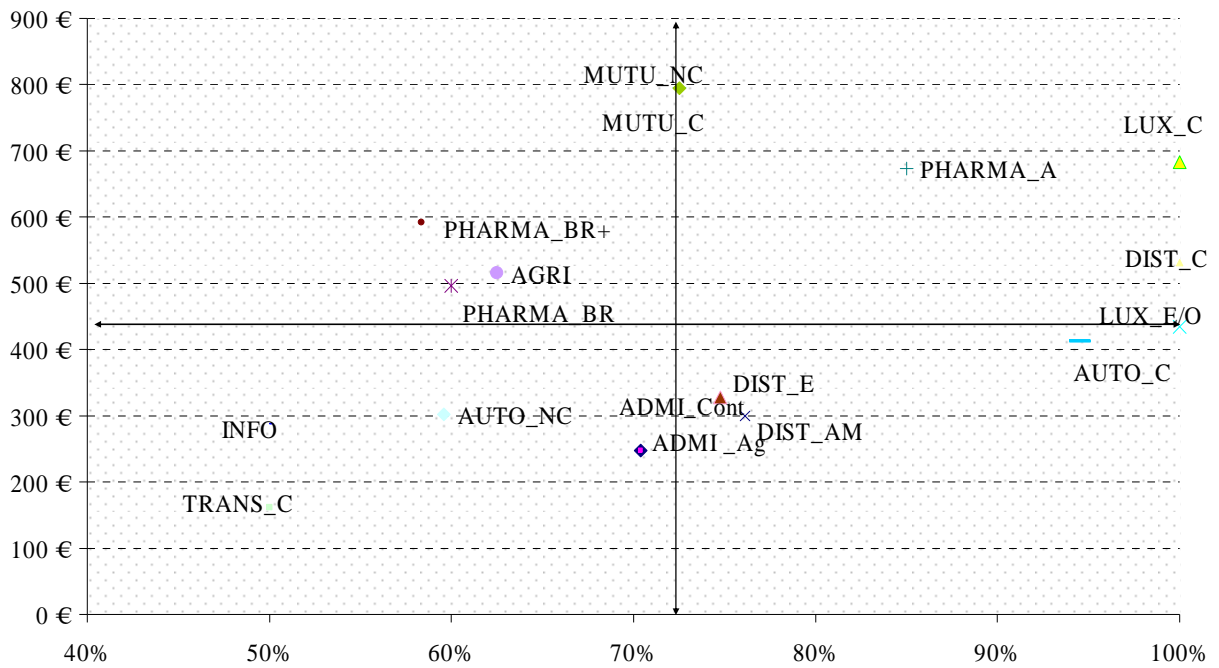
Les graphiques 7 et 7bis (page suivante) permettent de visualiser les positions des entreprises sur les deux variables : effort (mesuré par le montant de la cotisation annuelle pour un niveau de rémunération égal au PASS) et répartition de l'effort. Trois constats ressortent : a) la variabilité des positions est plus importante en prévoyance qu'en frais de soins (les régimes se situent dans leur quasi-totalité dans le quart inférieur du graphique, les quadrants étant délimités par les niveaux moyens), b) certains régimes se caractérisent par des cotisations élevées et des taux de participation employeur élevés (LUX, PHARMA_A), c) lorsque les entreprises segmentent leurs régimes, les positions peuvent être proches (MUTU) ou éloignées (DIST, AUTO sont deux entreprises qui participent à 100% sur la cotisation des cadres de la tranche 1).

Graphique 7

Niveau de cotisation de PSCE (Frais de soins) et part de financement employeur à un niveau de rémunération de 1 PSS soit 32 184 €



Prévoyance lourde externalisée



Section 2. La couverture santé

2.1. L'architecture générale des dispositifs d'entreprise

Le tableau ci-après récapitule les caractéristiques des régimes frais de soins des entreprises. Ce sont des régimes :

- le plus souvent obligatoires : les entreprises qui offraient une couverture santé facultative l'ont rendue obligatoire (ou sont en train de la rendre obligatoire). L'alignement sur l'état « préféré » par les autorités publiques s'est opéré ;
- le plus souvent mis en place dans le cadre de la négociation collective ;
- le plus souvent généralisés à l'ensemble des salariés et, dans la quasi-totalité des cas, ce sont des régimes qui ne sont pas segmentés ;
- ce sont des régimes qui se partagent entre des couvertures uniques et « optionnelles » ;
- qui ne garantissent pas tous l'assurance santé de la famille (au sens de la participation employeur) ;
- qui ne couvrent pas tous les retraités (au sens de la participation employeur) ;
- qui se partagent entre cotisation forfaitaire et proportionnelle ;
- qui reposent tous sur la contribution de l'employeur ;
- qui sont inégalement « généreux » bien que tous « responsables » ;
- qui sont pris en charge par une mutuelle ou par une institution de prévoyance.

Tableau 1 : Profil des couvertures en complémentaire santé des entreprises de l'échantillon

	Adhésion	Mise en place du régime	Unicité	Unifomité	Extension famille
	Adhésion obligatoire (O) ou facultative (F)	Accord collectif [NEGO], référendum [R] décision unilatérale [DU]	Régime uniforme ou segmenté selon CSP	Régime unique ou optionnel	Isolé/famille, Salarié/salarié+enf, couple/couple+enfant
LUX_Siège	O	NEGO, accord etabl,	uniforme	optionnel	isolé/famille
LUX_Etablist A	O	NEGO, accord etabl,	uniforme	optionnel	Salarié/salarié+enf, couple/couple+enfant
LUX_Etablist C	O	NEGO, accord etabl,	uniforme	unique	Salarié/salarié+enf, couple/couple+enfant
AUTO Avant	F	NEGO, accord ent,	uniforme	optionnel	option famille
AUTO Après	O	NEGO, accord ent,	uniforme	unique	option famille
ADMI	F → O (en cours)	NEGO, accord ent,	uniforme	unique	Isolé +Suplt familial forfait/personne
TRANSP	O	DU	Segmenté C/non C.	unique	Isolé/famille
AGRO	O	Référendum	uniforme	unique	Isolé +Suplt familial forfait/personne
DIST Avant	F	NEGO, accord ent,	Segmenté E/AM/C	optionnel	solo/duo/famille
DIST Après	O	NEGO, accord ent,	Segmenté E/AM/C	optionnel	solo/duo/famille
INFO Avant	O	NEGO, accord ent,	uniforme	unique	individuelle*
INFO Après	O	NEGO, accord ent,	uniforme	unique	individuelle*
MUTU	O (salarié) F(famille)	NEGO, accord ent,	uniforme	unique	salarié/famille
PHARMA_B Branche	O	NEGO, Ac branche	uniforme	unique	famille
PHARMA_A	O	NEGO, accord ent,	uniforme	unique	famille

(suite page suivante)

	Cotisation	Contributions	Couverture santé retraités	Organisme assureur	Garanties
	% salaire non plafd., % salaire ss plafd, forfaitaire % PMSS	% E / % S ou forfaitaire	Contribution patronale oui / non	Mutuelle (d'entreprise), IP, assureur	Scoring (H = Haut gamme, M = moyen, B = bas)
LUX_Siège	% salaire ss plafd	60-70%/40-30%	non	Assureur	H
LUX_Etablist A	% salaire ss plafd	60-70%/40-30%	non	Mutuelle	M
LUX_Etablist C	fofaitaire	60-70%/40-30%	non	Mutuelle	B
AUTO Avant	forfaitaire	50/50 %	oui	Mutuelle d'entreprise	B
AUTO Après	% salaire ss plafd	50/50 %	oui	Mutuelle d'entreprise	B
ADMI	% salaire ss plafd	forfaitaire	oui	Mutuelle d'entreprise	B
TRANSP	forfait, % PMSS	forfaitaire	non	IP	H (cadres), B (non-cad)
AGRO	forfaitaire	forfaitaire	non	IP	H
DIST avant	forfaitaire	forfaitaire	non	IP	B
DIST après	forfaitaire	forfaitaire†	non	IP	B
INFO Avant	% salaire ss plafd (8)	50%	oui	Mutuelle d'entreprise	H
INFO Après	% salaire ss plafd (8)	50%	non	IP	H
MUTU	forfaitaire	100% €	oui	Mutuelle	H
PHARMA_BRANCHE	% salaire ssplfd (8)	70%/30%	oui	IP	B
PHARMA_A	% salaire ssplfd (8)		oui	IP	M

2.2. Analyse des garanties

Des travaux permettant de caractériser les garanties santé des contrats collectifs, et de les comparer entre elles, ont été réalisés par l'IRDES²⁵² (ex CREDES) et par la DREES²⁵³.

Ces études font état de l'hétérogénéité dans la présentation des garanties santé dans les différents contrats. Les modalités de prise en charge sont en effet présentées, en pourcentage du Tarif de Convention (TC)²⁵⁴ ou du tarif de responsabilité (TR)²⁵⁵, en pourcentage du PMSS (2589 € en 2006) ou en valeur absolue (forfait). Par ailleurs, la couverture de la Sécurité Sociale (RO) est parfois comprise, parfois non.

Le chiffre de 100% du tarif de convention dans un contrat indique que le contrat complémentaire permet de compléter le tarif conventionnel, de manière à ce que le reste à charge pour l'assuré soit nul. Il correspond donc à la prise en charge RO + RC. L'assuré est donc remboursé intégralement de ses frais. Toutefois, lorsque la prise en charge par le RO est déjà élevée, voire totale (séjour à l'hôpital public par exemple), le chiffre de 100% indiqué sur les contrats ne correspond en réalité à aucun remboursement de la part du RC.

Lorsqu'il existe des dépassements d'honoraires, le remboursement total des frais implique une couverture souvent bien supérieure à 100% du TC. Par exemple, le chiffre de 150% signifie que le dépassement d'honoraires ne sera intégralement remboursé, que s'il ne dépasse par 50% du

²⁵² C. FRANCESCONI, PERRONNIN M., ROCHEREAU T. « La complémentaire maladie d'entreprise : niveau de garantie des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », IRDES, *Questions d'Économie de la santé*, n°112, septembre 2006.

²⁵³ ARNOULD M.-L., PICHETTI S., RATTIER M.-O. « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005 ». DREES, *Études et Résultats*, n° 575, mai 2007.

²⁵⁴ Le tarif de convention ou tarif conventionnel détermine, pour chaque acte médical ou chirurgical, le montant sur lequel s'appliquera le remboursement de la Sécurité sociale.

²⁵⁵ Le tarif de responsabilité est le tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale et celui de l'assurance complémentaire.

tarif de convention. Il en est de même des contrats qui sont exprimés en euros et qui plafonnent leur prise en charge à ce montant. Seuls les contrats dits « frais réels » ne limitent pas le niveau du remboursement et permettent, in fine, un remboursement total des frais engagés.

Il est donc nécessaire d'harmoniser la présentation des différentes garanties avant de les comparer et de les interpréter. On les « traduit » dans ce qui suit en utilisant la présentation la plus fréquemment rencontrée. Ainsi, par exemple, les dépassements d'honoraires sont en général libellés en % du TC, alors que les frais pour montures et verres sont le plus souvent libellés en euros.

On présente dans ce qui suit, dans une première partie, par type de prise en charge les différents contrats proposés par les entreprises enquêtées. Nous avons pu obtenir les garanties santé pour 10 entreprises. Certains contrats sont différenciés par site (cas de LUX qui a 3 garanties différentes), d'autres par niveau (cas de AUTO et de DIST qui ont trois options de contrat), d'autres par catégorie de personnel (cas de TRANS qui distingue une garantie cadre et une garantie non cadre) ou distinguent une garantie actifs et une garantie retraités (cas de MUTU). Au total, 19 garanties différentes ont donc été analysées.

Dans un deuxième temps, une grille d'évaluation permettant de juger de la qualité de chaque type de couverture est construite. Dans un troisième temps, chaque contrat d'entreprise est évalué en utilisant cette grille, et une évaluation générale de la qualité du contrat est effectuée par une méthode de *scoring*.

Enfin ces résultats sont resitués en tenant compte de la logique de protection du risque santé voulue et déclarée par les entreprises.

2.2.1. Les prises en charge des contrats collectifs des entreprises par type de risque

Le matériel de base était les garanties figurant dans le contrat collectif santé proposé par chaque entreprise. Nous avons, lorsque cela était nécessaire, transformé le libellé des garanties, de manière à ce que les différents contrats soient comparables. Certaines entreprises proposent des contrats à options ; chaque option a été reprise et présentée.

a) Hospitalisation

Le tableau 2 ci-dessous compare les différentes prises en charge dans le cadre de l'hospitalisation.

La plupart des contrats prennent en charge à 100% les frais de jour, les soins et le transport, ainsi que le forfait journalier qui, bien que parfois pris en charge aux frais réels, correspond à un montant réglementé identique pour tous les établissements. Plus rares sont les contrats qui prennent en charge les dépassements d'honoraires pratiqués par les praticiens secteur 2, qui exercent généralement dans les cliniques.

Tous les contrats prennent en charge les frais d'accompagnement d'enfant mais pour des montants très variables, allant de 13 € (INFO) à 78 € (LUX P Option) par jour. Il en est de même de la chambre particulière, prise en charge pour des montants allant de 5 € (AUTO base) à 104 € (TRAN Cadre) par jour. Certains contrats proposent une prise en charge dans le cas d'une hospitalisation en secteur non conventionné ; elle est de 80 à 90% des frais réels ou de la base de remboursement, parfois plafonnée.

Pour les prestations maternité, le versement d'une prime de naissance est une pratique courante. Lorsqu'elle est prévue, son niveau varie de 100 € (AUTO moyen) dans le contrat le moins favorable à plus de 600 € dans les contrats les plus favorables (AGRO, TRAN cadre). Enfin des prestations spéciales (accouchement à domicile, séjours en maisons de repos) peuvent être prises en charge, mais ce n'est pas fréquent dans les contrats observés.

Tableau 2 : Garanties « hospitalisation » des entreprises de l'enquête

Entreprises	RO (TC)	LUX A	LUX P base	LUX P opt.	LUX C	TRAN non_c	TRAN cadre	AUTO base	AUTO moyen	AUTO haut	AGRO	INFO	DIST base	DIST moyen	DIST haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités	ADMI
Hospitalisation																				
Séjour en %	80 ou 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	400	150	FR	FR	600	200	100	100	
Soins, honoraires, actes de chirurgie %	80 ou 100	150	100	100	100	100	100	100	100	100		400	150	FR	FR	600	280	200	100	
Transports %	65% ou 100 %	100%	100%	100 %				100%	100%	100%	100%	100 %	120%	140%	215%	100%	100%	165%	165%	
Forfait journalier hospitalier	16 €	FR	FR	FR	100%	FR	FR	FR	FR	Frais réels	Frais réels.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	100%	80% frais réels	15 €/j	15 €/j	16 €/j
Frais d'accompagnement enfant -12 ans ou 16 ans (par jour en €)	0%	25	52	78	26 pdt 30j	26 pdt 30j	52 pdt 30j	30 pdt 5 j	30 pdt 5 j puis 15 /j de 6 à 10j	30 pdt 5 j puis 15 de 6 à 10j	51,78	13	26	26	26	52	23	30	30	30
secteur non conventionné	0%		80% de FR	80% de FR		100% pdt 30 j					90% de FR		150% BR	200% BR	400% BR	400% BR	150% BR	-	-	
Chambre particulière (par jour)	0%	50	78	104	65 pdt 30 j	52	104	5	20	35	103,56	65	52	FR	FR	104	40	30 pdt 30j	30 pdt 30j	

FR : Frais réels

BR : base de remboursement

Tableau 2b : Garanties « hospitalisation » (suite)

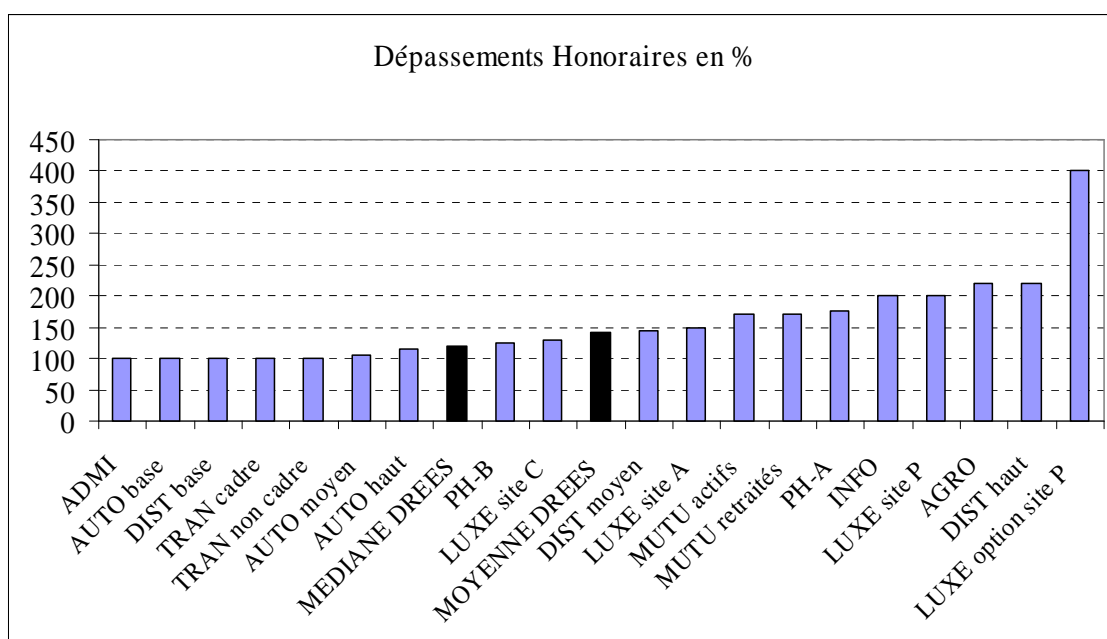
Entreprise	Tarif du RO	LUX A	LUX P bas	LUX P option	LUX C	TRAN non cadre	TRAN cadre	AUTO base	AUTO moyen	AUTO haut	AGRO	INFO	DIST base	DIST moyen	DIST haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU Actifs	MUTU retraités	ADMI
Maternité																				
Chambre particulière (par jour en €)	0%	50				52	78					65				104	40 pdt 5j	30 € pdt 8j	30 € pdt 8j	
Prime de naissance ou d'adoption en €	0	155	168	168	168	259	777	-	100	150	647,25		228,7	228,7	304,9		-	305	305	230
Forfait frais séjour et honoraires accouchement						259 €	777 €													
Soins de suite																				
Séjours divers (maisons de repos, centres de rééducation...)	-		100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	FR									
Diverses prestations																				
Indemnités d'hébergement	-					78 €	78 €													
Cure en hospitalisation	-							100%	100%	100%										
IVG	80%							100%	100%	100%										
Transport non remboursé											90,62 €									
Chambre particulière séjours divers.	-										51,78€ pdt 90j/an.	maison repos 52€/j	52€/j	52€/j						

b) Les soins de ville

Les garanties soins de ville pour les différentes entreprises enquêtées sont présentées dans le tableau 3.

Pour la plupart des contrats, les dépassements d'honoraires sur les consultations et les visites sont pris en charge, mais ils sont toujours plafonnés (maximum 400% du tarif conventionnel chez LUX P option). Ainsi, un patient qui se rend chez un médecin généraliste de secteur 2 qui lui facture 50 € pour une consultation se verra rembourser 70% du tarif conventionnel fixé à 23 € soit 16,10 € - 1€ correspondant à la participation forfaitaire soit 15,10 €. Il reste donc à charge de l'assuré 34,9 €²⁵⁶. Son contrat complémentaire à 400 % lui permettra d'obtenir un remboursement de 23 € *4 =92 €. Il ne lui restera donc rien à payer. Par contre, si son taux de remboursement est inférieur à 217% (50/23) il aura un reste à charge.

Le graphique ci-dessous permet de résumer le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires pour les généralistes, selon les entreprises et de les situer par rapport à la moyenne et la médiane des contrats collectifs de l'enquête DREES. A l'exception de trois garanties (AGRO, DIST haut et LUX option site P) la prise en charge des dépassements d'honoraires est plafonnée à 200% du TC. Sept garanties sont au dessous de la médiane et neuf au dessous de la moyenne. On trouve dans cette catégorie les garanties de base ou non cadre, mais également le contrat TRAN cadre et AUTO haut, ce qui est plus surprenant.



Les médicaments sont pris en charge à 100% dans tous les contrats. Cela est cohérent avec ce qui avait été trouvé dans l'enquête DREES. Par contre, il existe une incertitude lorsque les médicaments sont pris en charge à taux réduits (15% pour les veinotoniques). La plupart du temps, la prise en charge pour ces médicaments n'est pas précisée dans le contrat, sans doute parce qu'une partie d'entre eux n'avait pas eu le temps d'intégrer les garanties « responsables ». On ne peut donc pas conclure sur ce point.

²⁵⁶ DREES, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005 », DREES, Etudes et Résultats, n° 575, mai 2007.

Pour les auxiliaires médicaux, les transports et actes techniques, la norme est la prise en charge à 100%. Certains contrats prennent en charge les dépassements mais ils sont plafonnés (maximum 400 % chez LUX P option). Les cures thermales prescrites sont en général en partie prises en charge mais avec plafonnement sur les frais non médicaux sous forme de forfait en € (Maximum 518 € chez TRAN Cadre). Les garanties dans ce domaine ne sont pas très explicites.

Tableau 3 : Garanties « Soins de ville » des entreprises de l'enquête (n.c dentaire et optique)

	RO	LUX A	LUX P Base	LUX P option	LUX C	TRAN non cadres	TRAN cadres	AUTO base	AUTO moyen	AUTO haut	AGRO	INFO	DIST base	DIST moyen	DIST haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités	ADMI
Consultations, visites en %	70	150	200	400	130	100	100	100	105	115	220	Géné :200 Spé : 320	100	145	220	Géné :175 Spé :250	125	170	170	100
Médicaments :																				
* pharmacie vignette bleue %	35	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
* pharmacie vignette blanches %	65	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
*pharmacie "veinotoniques"%	15	15	?	?	?	100	100	100	100	100	100	?	?	?	?	100	100	0	0	0
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné...) %	60	100	200	400	130	100	100	100	100	100	220	200	120	135	210	100	100 180BR si non convent.	160	160	100
Ambulances, véhicules sanitaires légers %	65	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100	120	140	215		100	165	165	100

Géné : Généralistes

Spé : Spécialistes

Convent : conventionné

BR : base de remboursement

Soins de ville (suite)

	RO	LUX A	LUX P base	LUX P option	LUX C	TRAN non cadre	TRAN cadre	AUTO base	AUTO moyen	AUTO haut	AGRO	INFO	DIST base	DIST moyen	DIST haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités	ADMI
Cures thermales acceptées par le RO %	65 ou 70	100%	100% + 388 €	100% + 388 €	100% + 129 €	100 % + 207€.	518 €	-	100 €	100 €	259 €	337 €				273€		230 €	230 €	
Actes médicaux techniques	70	150						100	100	100	220	200					280	170	170	
Actes d'imagerie, radiologie	70	150				100		100	100	100	220	200	120	145	220	100	100 ou 170 hors conv.	170	170	
Laboratoire	60	100										200	120	135	210	100	110	100	100	

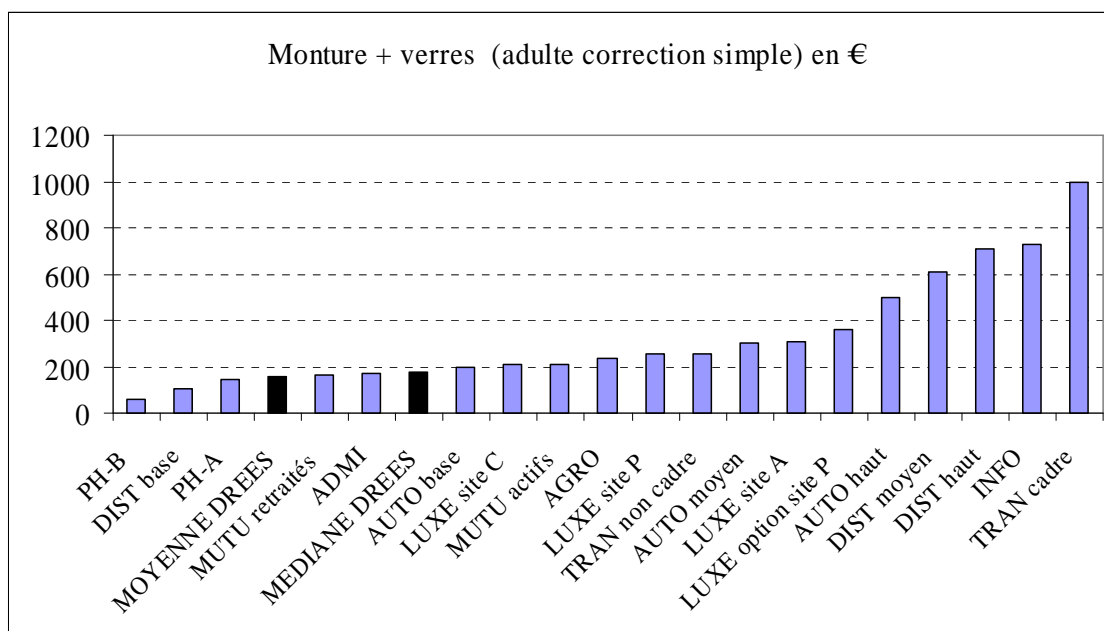
c) L'optique

Certains contrats prennent en charge un montant global (verres + monture) alors que d'autres distinguent les remboursements. Les différentes garanties sont présentées dans les tableaux 4.

Pour les entreprises enquêtées, la tendance semble être la prise en charge d'un forfait global (Monture + verres). Par ailleurs, dans certains cas, un tarif enfant est proposé (LUX, DIST, PH-B). Enfin certains contrats modifient la prise en charge en fonction du degré de correction (LUX, AGRO).

Les contrats vont tous bien au-delà du complément à 100% par rapport au tarif de convention, qui supposeraient de limiter le remboursement de la complémentaire à 3,2 €. L'hétérogénéité des garanties est très forte. Selon l'enquête de la DREES, le remboursement médian des contrats collectifs se situait à 174 € (moyenne 158 €) pour des lunettes simples.

Dans notre échantillon, seuls quatre contrats étaient inférieurs à cette médiane (cf graphique) (PHARMA_A, PH-B, DIST base, ADMI et MUTU retraités). Les autres apparaissent plus généreux. Les contrats rencontrés ici sont donc plutôt des contrats de haut de gamme (au sens de supérieur à la médiane) ou très haut de gamme égal ou supérieur à 600 € (TRAN cadre, INFO, DIST moyen et haut). Certains contrats proposent des remboursements plus élevés pour les corrections complexes, mais ce n'est pas la norme.



Pour les lentilles remboursées, les garanties proposées sont relativement identiques à celles proposées pour les lunettes. La plupart des contrats proposent également une prise en charge pour les lentilles non remboursées ; la prise en charge varie de 104 à 311 €.

Les actes de chirurgie optique sont pris en charge dans la plupart des contrats, pour un montant qui varie de 200 € (DIST moyen) à 1036 € (TRAN cadre).

Rarement, d'autres prestations sont proposées comme le taillage des verres chez INFO ou les prothèses oculaires chez AUTO.

Tableau 4 : Les garanties « Optique »

Entreprise	RO	LUX A	LUX P base	LUX P option	LUX C	TRAN non cadres	TRAN cadres	AUTO base	AUTO moyen	AUTO haut	AGRO	INFO	DIST Base	DIST Moyen	DIST Haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU Retraités	ADMI
Monture (en €)	65% de 2,84 €						311	15	15	30	181 adulte 129 enfant	155				155	80 € adulte 50 € enfant			
Verres	65% de 2,29 € par verre					259€	FR	20% FR	30% FR	50% FR		726 €	104 €	607,5 € adulte 129€ enfant	709€ Adulte 142€ enfants	143 €	Adulte 58 € Enfant 36 €	210 €	165 €	
Correction simple enfant, €	65% De 2,29 € par verre	209	259	362	207						129,45									172
Correction simple adulte, €	65% de 2,29 € par verre	306	259	362	207						233 unifocaux 337 multifoc.									172
Correction complexe enfant, €	65% de 10,37 € par verre	376	311	440	207						155,34									
Correction complexe adulte, €	65% de 10,37 € par verre	543	311	440	207						311 unifocaux 491,91 Mutifoc.									

Tableau 4. Les garanties « Optique » (suite)

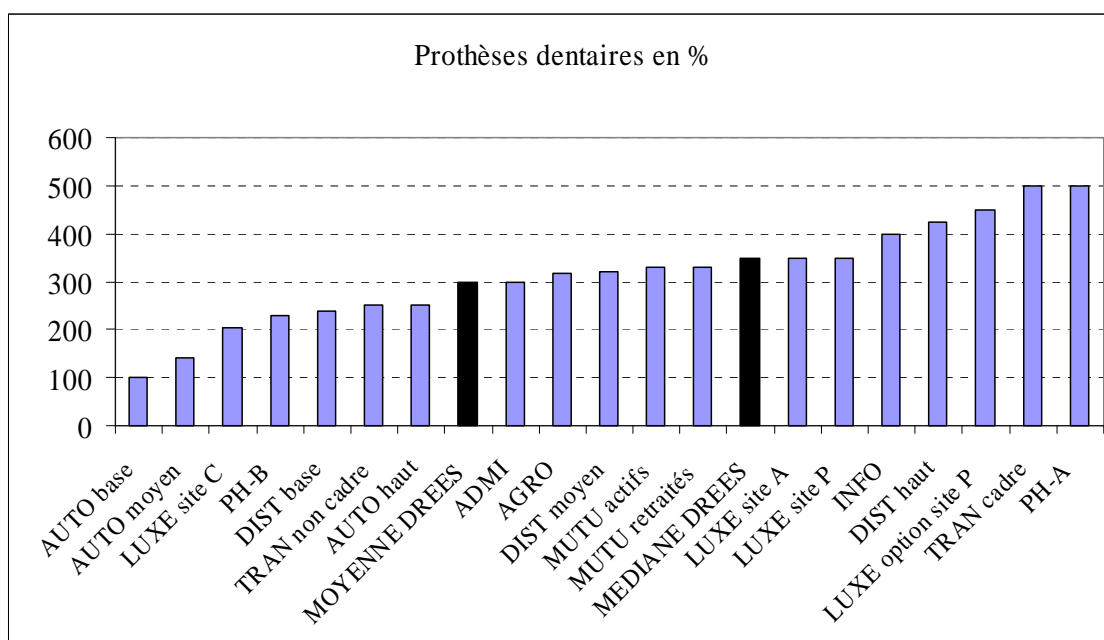
Entreprise	RO	LUX A	LUX P base	LUX P option	LUX C	TRAN non cadres	TRAN Cadres	AUTO base	AUTO moyen	AUTO Haut	AGRO	INFO	DIST base	DIST moyen	DIST haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités	ADMI
Lentilles remboursées par la RO (pour 2)	65% de 39,48 €		285 €	362 €	207 €	259 €	518 €	20% FR	30% FR	50% FR	310,68 €	310 €	104 €	200 €	250 €	143 €	100 €	210 €	210 €	92 €
Lentilles non remboursées par le RO	0		259 €	311 €	207 €	259 €	518 €	-	-	-	310,68 €	310 €	104 €	200 €	250 €	182 €	100 €	210 €	210 €	92 €
Forfait chirurgie optique* (2 yeux)	0	650 €			647 €	518 €	1036 €					776 €	-	Kératomie 200 €	Kératomie 300 €	Kératomie 520 €		450 €	450 €	
autre	0							Réparation 100%	Prothèse oculaire 150% Réparation 100%	Prothèse oculaire 150% Réparation 100%		Taillage des verres 52 €								

*Traitement myopie, kératomie radiaire, anneaux intra-cornéens...

d) Le dentaire

Les dépassements d'honoraires pour soins dentaires sont souvent pris en charge mais plafonnés avec une garantie maximale de 350%. Contrairement à l'optique, les garanties sont la plupart du temps exprimées ici en pourcentage du tarif de convention.

Les différences dans les garanties se situent surtout au niveau du remboursement des prothèses. Sur la base d'un prix facturé de 750 € pris comme lien de référence par la DREES et l'IRDES ; le tarif de responsabilité est fixé à 107,5 € dont l'assurance maladie rembourse 70% soit 75,25 €. Le montant restant à la charge de l'assuré est donc de 674,75 €. Dans l'étude DREES, pour les contrats collectifs les assurances prennent en charge en moyenne 442 € (411%), les institutions de prévoyance 274 € (254%) et les mutuelles 223 € (207%). Dans notre échantillon, sept garanties (cf graphique) sont moins favorables que la moyenne et douze garanties sont moins favorables que la médiane. Cinq contrats se positionnent nettement en haut de gamme sur les prothèses (+ de 400%) (PHARMA_A, TRAN Cadre, LUX option site P, DIST Haut et INFO) ; il s'agit, comme attendu, de contrats qui se déclarent de haut niveau (Tableau 5).



Certaines garanties (peu fréquentes) diminuent la prise en charge pour les prothèses sur les dents non visibles.

L'orthodontie acceptée par le RO est prise en charge de 100 à 500% selon les garanties. L'orthodontie est remboursée à 100% du tarif de responsabilité, par conséquent, une garantie à 100% (comme pour AUTO base) n'offre pas d'avantage. Le tarif de responsabilité du traitement par semestre pour l'orthodontie est fixé à 193,5 €; mais les prix pratiqués sont généralement bien supérieurs. Les contrats à 500 % (TRAN Cadres) permettent une prise en charge jusqu'à 967,5 €; plusieurs contrats ont un niveau de prise en charge égal ou supérieur à 300% (LUX P option, TRAN Cadres, AGRO, DIST moyen et haut, MUTU actifs et retraités).

Des prestations supplémentaires pour l'implantologie, la parodontologie ou l'orthodontie refusées par le RO sont souvent proposées avec des niveaux de prise en charge généralement élevés. Selon la DREES, 2/3 des contrats collectifs proposent une prise en charge partielle de ces prestations.

Tableau 5 : Les garanties « dentaires »

Entreprise	RO % TC ou TR	LUX A	LUX P base	LUX P option	LUX C	TRAN non cadres	TRAN cadres	AUTO base	AUTO moyen	AUTO haut	AGRO
Dentaire											
Soins (en %)	70	250	100	300	100	250	100	100	100	100	350
Prothèses remboursables par le RO (en % du TR)	70 75,25 €	350	350	450	205	250	500	100	<coef 15 100 >coef15 140	<coef 15 250 >coef15 250	318
*Prothèses fixes dents visibles	70	350									
*Prothèses fixes dents non visibles	70	300									
*Prothèses mobiles	70	300									
Prothèses non remboursables par le RO				450		285 €	22% PMSS (285 €)	-	-	-	
Orthodontie acceptée par le RO (%)	100 Du TR	250	250	350	205	250	500	100	125	150	350
Implantologie, parodontologie, orthodontie refusée		450 €	440 €	440 €		518 € par semestre (orthodontie) Implantologie : 285 € ou 4,5% PMSS si pas remboursé.	1036 € par semestre (orthodontie) Implantologie : 570 € ou 8,5% PMSS si pas remboursé.				405 € inlay et implant (max 3/an) Orthodontie 350% BR.

Tableau 5 : Les garanties « dentaires » (suite)

Entreprise	RO % TC ou TR	INFO	MUTU retraités	ADMI	DIST base	DIST Moyen	DIST Haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités
Dentaire											
Soins (en %)	70	140	170		100	120	220	100	100	170	170
Prothèses remboursables par le RO (en % du TR)	70 75,25 €	400 Y compris inlay core	330	300	240	320	425	420 à 500	230	330	330
*Prothèses fixes dents visibles	70					320%	425%				
*Prothèses fixes dents non visibles	70					270%	350%				
*Prothèses mobiles	70					300%	350%				
Prothèses non remboursables par le RO		470% BR	280%					420 à 500%		280%	280%
Orthodontie acceptée par le RO (%)	100 Du TR	230	330	200	250	300	400		230	330	330
Implantologie, parodontologie, orthodontie refusée		Othodont. 330% BR Prothèses provisoire s, bridge collé 10% de la BR parodont. gingivectomie 780% de la BR.	Parodontie 115 € Implant 215 € Inlay ou Onlay 15 €					Implant 375 ou 500% de la base couronne Parodontie 182 € Onlay 400 ou 500% BR	-	Parodontie 115 € Implant 215 € Inlay ou onlay 15 €	Parodontie 115 € Implant 215 € Inlay ou Onlay 15 €

e) L'appareillage

Pour le petit appareillage, les tarifs de responsabilité (prise en charge par le RO à 65% du TR) sont nettement inférieurs aux prix réels.

Selon la DREES, l'achat d'un appareil auditif ou d'une prothèse capillaire peut s'élever à plus de cinq fois le tarif de responsabilité. La plupart des organismes proposent un remboursement complémentaire pour ces prestations (selon la DREES, 84% des organismes pour les prothèses auditives et 68% pour les prothèses capillaires).

Les contrats collectifs prennent en charge en moyenne 292 % du TR. Le prix de référence retenu par la DREES pour deux prothèses auditives est de 3000 € (l'assurance maladie prend en charge 65% de 199,71 € par prothèse, soit 129,8 €) et celui d'une prothèse capillaire est de 400 €. Aucun contrat rencontré dans notre échantillon ne faisait directement référence aux prothèses capillaires. Pour les prothèses auditives, le remboursement dans les contrats les plus favorables va jusqu'à 1664 € tous les deux ans (soit 832 € par an) et le moins favorable est à 259 €.

Les prix de fauteuils roulants vont de 1000 à 3000 €. Dans notre échantillon, un seul contrat proposait sa prise en charge (remboursement de 300 à 388 €).

Les différents contrats prennent en charge de manière très hétérogène les garanties appareillage. Si les prothèses auditives sont souvent nommées, les autres garanties, prenant en charge de risque lourd (appareillage orthopédique, fauteuil roulant, prothèses mammaires ou capillaires) ne sont que très rarement citées dans les garanties (Tableau 6).

f) Des garanties autonomes supplémentaires (Tableau 7)

Plusieurs contrats proposent des prestations qui ne sont pas du tout prises en charge par le régime obligatoire. Il s'agit d'actes de soins, d'actes de prévention ou de garanties obsèques.

Les actes de prévention sont fréquemment pris en charge et parmi eux c'est l'ostéodensitométrie qui est la prestation la plus fréquente (4 entreprises de l'échantillon) suivie par la prise en charge des vaccins. La prise en charge d'actes de soins non remboursés est moins souvent rencontrée, de même que les garanties obsèques.

Les prestations « autonomes », c'est-à-dire qui ne s'appuient pas sur une base de remboursement, même minimale, par le régime obligatoire, restent très peu développées.

Tableau 6 : Les garanties « appareillage et accessoires médicaux »

Etablissements	RO	LUX A	LUX P base	LUX P Option	LUX C	TRAN non cadres	TRAN cadres	AUTO Base	AUTO moyen	AUTO Haut	AGRO	INFO	DIST base	DIST moyen	DIST haut	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités	ADMI
Prothèses auditives	65% De 199,71	175%	100% + 388 €	100% + 388 €	100% + 337 €	100% + 259 €	100% + 518 €	-	100% + 460 € Réparation, piles 100%	100% + 460 € Réparation, piles 100%	1294,5 € tous les 2 ans	420% 890 % si double prothèse				Auditives enfant 250% BR Adulte 1664€	1000 € par appareil	450 €	450 €	400% BR
Autres appareillages et accessoires		200 €	100% + 388 €	100% + 388 €	100%	100%	100%	-	150%	150%	200%	420% 890 % si double prothèse				200%	185% BR	450 €	450 €	200%
Fauteuil roulant		300 €	100% + 388 €	100% + 388 €																

Tableau 7 : Les prestations supplémentaires non prises en charge par la Sécurité sociale

Etablissements	LUX A	LUX P base	LUX P option	LUX C	TRAN Non cadres	TRAN cadres	AGRO	INFO	DIST	PHARMA_A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités	ADMI
Ostéopathes	50 €	78 €	78 €	14 €										
Parodontologie		78 €	78 €											
Chirurgie Réfractive		647 €	647 €											
PMA*					207€	207€								
Prévention										100% si liste contrat responsable				
Ostéodensitométrie	40 €	78 €	78 €	52 €			60 € tous les deux ans.			104€		75 €	75 €	
Vaccin anti-grippal	Frais réels						10 €			FR				
Autres vaccins	25 €				1,5%/an et par bénéficiaire (26€).	100% frais réels	10€ (rubéole non pris en charge par RO)			FR		15 €	15 €	
Caryotype par omniocentèse		3% PMSS (78 €)	3% PMSS (78 €)		8% PMSS soit (207 €)	8% PMSS soit (207 €)								
Substituts nicotiques										14% PMSS/an (364€).				
Obsèques														
Indemnités obsèques	350 €			337 €			Adulte : 2589 € Enfant : FR					1000 €	1000 €	
Aide à la personne												Aide ménagère 5 €/h	Aide ménagère 5 €/h	
Aide exceptionnelle														Jusque 5000 €

*PMA : Procréation médicalement assistée

FR : Frais Réels

2.2.2. Classification des Contrats

Afin de pouvoir apprécier le niveau de garantie global proposé par chaque contrat, une grille de classement a été élaborée. Elle permet de donner une indication de « gamme » du contrat, par rapport aux autres contrats collectifs d'entreprise. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les classifications de gammes élaborées par la DREES et l'IRDES. Néanmoins, ces indications de gamme ne sont disponibles que pour les dépassements d'honoraires, les prothèses dentaires, les lunettes et les fauteuils roulant. Or les garanties proposées par les entreprises de l'étude ont une étendue qui va bien au-delà de ces biens médicaux, même si, vraisemblablement, ce sont ceux pour lesquels les montants remboursés sont les plus élevés. De ce fait, afin de compléter l'analyse de la DREES et de l'IRDES, nous avons tenté d'apprécier la « gamme » du contrat sur les autres prestations. Le niveau de garantie global de l'entreprise s'apprécie ensuite par une méthode de « scoring » qui permet de juger de la gamme de son offre globale.

a) Les indications de gamme dans les travaux de la DREES et de l'IRDES

i) Hypothèses

Dans les contrats, l'IRDES et la DREES s'intéressent uniquement aux prestations et pas au niveau de cotisations.

Il n'y a pas d'analyse de l'étendue (panier de biens et services) des garanties. .

Quand les contrats sont exprimés en % des frais réels, il faut trouver un prix de référence (couronne = 750 €, verre = 250 € par verre, monture= 100 € ; la paire de lunette coûte donc 600 € environ pour l'IRDES, 200 et 500 € pour la DREES)

L'IRDES élabore une typologie à 4 catégories : « faible » souvent inférieure aux prestations de la CMUC, « moyenne », « forte en optique » avec de bonnes garanties en optique mais des garanties moyennes en dentaire, « forte en dentaire » avec de bonnes garanties en dentaire mais des garanties moyennes en optique.

La classification de la DREES comporte deux indications : la moyenne et la médiane ; pour les fauteuils roulants, trois catégories sont proposées : « contrat minimum », « contrat modal », « contrat maximum ».

ii) La classification par gamme de la DREES et de l'IRDES

Le tableau comparatif ci-dessous permet de récapituler les résultats IRDES et DREES pour les contrats collectifs concernant plusieurs prestations.

Tableau 8 : Remboursement des contrats collectifs moyen et médian, par type d'organisme

		Enquête DREES						Enquête IRDES			
		Mutuelles		Instituts de Prévoyance		Assurances					
% du TC ou du TR	Prix de référence	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	faible	Moyenne	Forte en dentaire	Forte en optique
Consultation spécialiste	50 €	141%	120%	164 %	150 %	205 %	217 %	64% du TC	80% du TC	95% du TC	97% du TC
Prothèses auditives	3000 €	244%	215%	355 %	300 %	326 %	345 %	-	-	-	-
Prothèse capillaire	400 €	190 %	150%	250 %	250%	331 %	380 %	-	-	-	-
Optique simple	200 €	153 €	169 €	151 €	173 €	187 €	195 €	133 €	261 €	391 €	504 €
Optique complexe	500 €	236 €	205 €	241 €	189 €	313 €	308 €				
Prothèse dentaire	750 €	223 €	215 €	274 €	247 €	442 €	462 €	89 €	199	417 €	218 €

Tableau 8 bis : Classification des garanties fauteuil roulant selon la DREES

	TC	Prix du bien type	« minimum »	« modal »	« maximum »
Fauteuil roulant	603,65 €	1000 à 3000 €	IP 445 € Mutuelle (C) : 718 € Mutuelle (I) : 607 € Assurances : 593 €	IP 679 € Mutuelle (C) : 916 € Mutuelle (I) : 748 € Assurances : 406 €	IP 1594 € Mutuelle (C) : 1448 € Mutuelle (I) : 864 € Assurances : 1512 €

b) Grille de classement pour apprécier les contrats collectifs d'entreprise

Les garanties des entreprises couvrent toutes en général le complément à 100% du TC pour les consultations de médecins secteur 1 et les actes d'auxiliaires médicaux, pour les médicaments et prennent en charge le forfait journalier hospitalier. Ces prestations ne sont donc pas des indicateurs de différenciation dans les garanties proposées.

La différenciation pour les soins de ville se fera sur le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires, la prise en charge de médicaments non remboursés et à vignette 15%, ainsi que la prise en charge des cures thermales.

En hospitalisation, la prise en charge de dépassements d'honoraires est une indication de gamme, de même que le remboursement de la chambre particulière ou de lits d'accompagnement enfant. L'existence d'une prime maternité est un indicateur du niveau de gamme, ainsi que les prestations spécifiques (accouchement à domicile, séjours en maison de repos ...).

En optique, en plus du niveau de remboursement des lunettes ou des lentilles (généralement aux mêmes conditions que les lunettes), la prise en charge de prestations non remboursées est également un indicateur de gamme. Il en est de même pour les contrats qui proposent un niveau plus élevé de remboursement pour les corrections complexes.

En dentaire, en plus du niveau de remboursement, la pose d'une couronne métallo-céramique plutôt qu'une couronne métallique en fond de bouche peut être considérée comme un élément de gamme. Il en est de même du niveau de prise en charge de l'orthodontie.

Enfin le niveau de prise en charge de l'appareillage, ainsi que l'existence de « prestations autonomes » est un indicateur de gamme.

A partir des travaux de l'IRDES et de la DREES ainsi que la comparaison des garanties proposées dans les entreprises de l'échantillon, on peut faire une proposition de classification en trois niveaux de garanties pour les entreprises : niveau de base ou faible, moyen, haut de gamme. Pour effectuer cette classification, on utilise la grille du tableau 9.

Les différentes prestations sont classées selon cette grille pour chaque contrat observé (25 critères). Le fauteuil roulant n'a finalement pas été intégré dans le scoring, car un seul contrat proposait sa prise en charge (entreprise LUX). Il est à noter que ce scoring attribue une pondération identique pour chaque prestation du tableau. Il pourrait être pertinent de pondérer ces prestations, en fonction de la probabilité plus ou moins forte de consommer chacune d'elle. Ainsi, même si nous n'avons pas pu disposer de cette pondération, il est attendu que les garanties « optique » et « dentaire » soient les plus souvent consommées. Pour autant, dans la mesure où nous avons voulu apprécier la « gamme » d'un contrat, aussi bien par le niveau de prestation sur un poste que sur l'étendue des garanties proposées, y compris concernant les prestations non remboursées par la Sécurité Sociale, la non pondération avait l'avantage de bien refléter le niveau de qualité sur la totalité du contrat.

Le résultat global est présenté dans le tableau 10. Les niveaux de garantie obtenus pour les trois prestations de référence dans les études DREES et IRDES (dépassements d'honoraires, prothèses dentaires et lunettes) sont également présentés dans ce tableau.

Tableau 9 : Grille de classification des contrats observés

Niveau de garantie	De base	Moyen	Haut de gamme
Hospitalisation			
Dépassement d'honoraire	Non	<200%	>200%
Chambre particulière	<50 €/j	>50 €/ j avec durée limitée	>50 €/j sans durée limitée
Frais accompagnement enfant	25 €/j	50 €/j	>70 €/j
Maternité : prime naissance	155-170 €	>170 et <400€	>400 €
Prestations spécifiques (accouchement à dom. maisons de repos..)			<i>Oui</i>
Soins de ville			
Consultations-visites	100%	150-200%	>200%
Médicaments non remboursés ou 15%			<i>Oui</i>
Auxiliaires, transport, actes techniques	100%	>100% et <200%	>200%
Cures thermales prescrites	<100€	>100 et <300€	>300€
Optique			
Optique verre + monture correction modérée (ou lentilles remboursées)	<150 €	150<montant<250 €	>250 €
Correction complexe	Idem que modérée	<320 €	>320 €
Lentilles non remboursées	0	<150 €	>150 €
Chirurgie optique non remboursées	0-299€	300-400 €	>600 €
Autres prestations			<i>Oui</i>
Dentaire			
Soins	100 %	>100 et < 250 %	>250%
Prothèse remboursable (dents visibles)	<200 du TC ou 210 €	200%<montant<300% ou 210-300 €	>300% TC ou 300 €
Prothèse remboursable (dents non visibles)	<200 du TC ou 210 €	200%<montant<300% ou 210-300 €	>300% TC ou 300 €
Prothèses mobiles, prothèses non remboursables			<i>Prise en charge</i>
Orthodontie	100-200%	>200 et <300%	>300%
Implantologie, parodontologie, orthodontie refusée	0	300€	>400 €
Appareillage			
Prothèse auditive	200-260 €	300-400 €	>400 €
Fauteuil roulant	<700 €	700-1000 €	>1000 €
Prothèses mammaires ou capillaires			<i>Oui</i>
Autres prestations non prises en charge par le RO			
Ostéopathes	0	20-50 €	>50 €
Indemnités Obsèques	0	300-350 €	>350 €
<i>Autres</i>			<i>Oui</i>

Tableau 10 : Résultat du scoring des régimes « frais de soins » des entreprises de l'échantillon

Entreprise	LUX A	LUX P base	LUX P option	LUX C	TRAN non cadres	TRAN cadres	AUTO base	AUTO moyen	AUTO haut	AGRO	INFO	DIST Base	DIST Moyen	DIST Haut	PHA-A	PH-B	MUTU actifs	MUTU retraités	ADMI
Bilan scoring	11 B, 4 M, 10 H	10 B, 3M, 12H	8B, 1M, 16H	14 B, 7M, 4H	11B, 8M, 5H	11B, 3M, 11H	25B	20 B, 3M, 2H	18B, 5M, 2H	8B, 4M, 13H	9B,4M, 12H	18B, 7M	9H, 12B, 4M	11H, 12B,2M	15B, 1M, 9H,	19B, 5 M, 1H	7B, 8M, 10H	8B, 7M, 10 H	18B, 4M,3H
Appréciation niveau	MG	MG-HG	HG	CB	CB	MG	CB	CB	CB	HG	MG-HG	CB	MG	MG	MG	CB	HG	HG	CB
Gamme dépassement	MG	MG	HG	CB	CB	CB	CB	MG	MG	HG	HG	CB	MG	HG	HG	CB	MG	MG	CB
Gamme dentaire	HG	HG	HG	MG	HG	HG	CB	MG	HG,	HG	HG	CB	HG	HG	CB	CB	MG	MG	MG
Gamme optique	HG	HG	HG	MG	MG	HG	CB	CB	MG	MG	HG	MG	HG	HG	HG	MG	HG	HG	HG

Nature des contrats : MG : Moyenne gamme , HG : Haut de gamme, CB : Contrat de base

Dans notre échantillon de 19 garanties sur 10 entreprises, on trouve donc 8 contrats classés de base, 5 contrats classés moyen gamme, 2 contrats classés moyen-haut de gamme et 4 contrats classés haut de gamme.

Pour les entreprises qui proposent des contrats à option, il est intéressant de constater que les « options de base » peuvent correspondre à un contrat qui est plutôt de niveau Moyen-Haut de Gamme pour LUX base. Inversement, même si AUTO propose trois types de contrats, ils sont tous classés en contrat de base. L'analyse des entretiens réalisés dans les entreprises fait apparaître plusieurs points saillants sur le choix de ces garanties santé.

Il peut exister un décalage entre la gamme du contrat global et celle des prestations « sentinelles » (dépassement, prothèses dentaires, lunettes). Certains contrats semblent faire un effort particulier sur ces prestations classées en haut de gamme, alors que leur contrat global est de moyen gamme. C'est le cas de DIST haut ou de DIST moyen, TRAN cadres, LUX A et LUX P base (sauf sur les dépassements). Par ailleurs, certains contrats de base peuvent avoir fait porter leur effort sur une des prestations sentinelle particulière, qui sera classée en haut de gamme. C'est le cas des lunettes pour ADMI, du dentaire pour AUTO haut et TRAN non cadres.

Il peut donc exister des décalages importants entre la gamme globale d'un contrat et celle de quelques prestations ciblées.

2.3. Logiques à l'œuvre dans les contrats santé

2.3.1 La protection complémentaire santé : une logique d'assurance sociale plus que de rémunération ou de gain fiscal.

La logique qui prédomine dans la mise en place de la couverture santé est très nettement et consciemment celle de « l'assurance sociale » plus que celle de la « rémunération ». La différenciation cadre/non-cadre est donc peu présente en matière de garantie santé (seule TRAN effectue cette distinction). Cette volonté de ne pas segmenter provient de la direction (BATI, LUX) ou si ce n'est pas le cas, d'une volonté forte des salariés (DIST).

LUX : Q : Donc les frais de soins sont couverts par un contrat collectif et obligatoire, différent selon les établissements mais qui n'est pas, contrairement à la prévoyance lourde, différencié selon les catégories professionnelles ? **R :** « Oui, ça c'était une volonté forte de l'entreprise. On estime que la maladie est un risque qui touche tout le monde. »

DIST : « On n'avait pas par ailleurs une mutuelle pour les cadres et une mutuelle pour les employés. On avait une même mutuelle ouverte aux cadres et aux employés avec le même financement pour tous (...) Autant une rémunération rémunère chacun à son territoire, son métier et ses responsabilités, pour la santé, chacun des partenaires étaient d'accord pour qu'on offre une protection identique. »

DIST : « On était sur le principe d'une protection pour tous, le principe que personne n'échappe à la protection complémentaire était complètement acté. On avait commencé à dire, puisque les employés étaient moins fiscalisés, qu'il fallait faire une cotisation pour les cadres et une pour les employés ... mais là, il n'a pas fallu y toucher. Les partenaires nous ont dit : On veut garder pour la santé, une protection identique pour tous, ce n'est pas le côté fiscal qui doit nous intéresser. Ils ne voulaient pas de différenciation. »

BATI : « Je dirai qu'au niveau du groupe BATI., on souhaite être une entreprise citoyenne. Donc si on souhaite être une entreprise citoyenne, c'est aussi notre rôle que d'essayer d'équilibrer au niveau de la solidarité entre les différentes catégories. »

La logique d'avantages sociaux est parfois présentée pour fidéliser le personnel, c'est le cas de BATI. Pour INFO en revanche, les avantages sociaux sont considérés comme acquis et ne pourraient plus servir à fidéliser le personnel.

BATI: *Q. l'une des questions qui nous intéresse dans cette de recherche est de comprendre dans quelle mesure la PSCE s'insère dans la politique de gestion des ressources humaines et plus précisément dans la politique de rémunération. R. « Elle y participe. Nous, on essaie de faire que cette politique RH s'adapte à la fois sur le salaire de base et sur les avantages, de prévoyance, de retraite et de frais médicaux pour avoir un package global. On n'en est qu'au début. Mais c'est bien l'objectif de la Direction Générale. »*

Q : Qu'est ce qui a amené les instances dirigeantes à peut-être modifier leur approche ? Jusqu'à présent vous satisfaisiez une quasi-obligation, je dirai historique, sans considérer qu'il y avait au travers de la protection complémentaire un outil stratégique ?

« Je dirai que c'est l'environnement qui nous amène à ça. Etant donné que nous sommes dans une situation de pénurie de personnel, c'est aussi l'un des moyens d'être attractif en faisant une rémunération globale et en valorisant ces régimes de protection sociale. Il faut que ça soit un point d'attractivité pour le groupe BATI. Parce que nos régimes avec Pro BTP – en assurance individuelle accident ou en prévoyance lourde sont des régimes très intéressants au niveau du gros risque mais qu'on n'a pas assez « marketés ». L'idée est donc d'avoir aujourd'hui cette rémunération globale attractive en intégrant la mutuelle. »

INFO : « On n'est pas dans un secteur d'activité où la protection sociale est un plus. Elle est plutôt considérée comme un dû. C'est un « avantage ». Mais on ne rentre pas dans une logique de rémunération. »

L'exonération fiscale de la part des cotisations santé versées par le salarié n'est pas mise en avant, car le gain est jugé minime.

DIST : *Q : Le gain fiscal est-il un argument pour le salarié ? R : « Non, on l'a mis bien sûr dans les plaquettes, mais on se situe à des niveaux de tarifs tels que ça ne joue pas ... 30 € par an ! D'autant que 84% de la population chez nous est constituée d'employés, or ce n'est pas la population qui est la plus fiscalisée. »*

Seule AUTO s'est véritablement intéressé à cette question et a construit son offre, plus précisément le passage du facultatif à l'obligatoire, en fonction du potentiel d'exonération fiscale.

AUTO : « Le fait que la cotisation soit proportionnelle au salaire sous plafond résulte de la position de l'une des organisations syndicales qui voulait aller jusqu'à la totalité du salaire et puis d'un avis de l'entreprise qui voulait aller jusqu'à 1 PASS. Ensuite d'une étude esquissée dans les autres mutuelles d'entreprise où on s'est aperçu que, souvent, c'était entre 1,5 et 2. Alors après, quand on a fait le modèle qui nous permettait de regarder les gains d'impôts, on est arrivé à deux PASS, parce que pour notre population et eu égard à ce qu'elle gagne, c'était le chiffre qui optimisait les avantages sur les inconvénients. »

Mais cette « logique fiscale » a fait l'objet de conflits avec les syndicats.

AUTO : « Dans le passé, le fait que cette cotisation soit égale pour tous, les gens y étaient habitués. C'est surtout l'argument des économies d'impôt qui a fait que les organisations syndicales ont dit : « Écoutez, il ne faut peut être pas exagérer non plus, premièrement si tout le monde paie la même chose et qu'en plus les plus aisés bénéficient d'une économie d'impôt, on va vraiment vers un système injuste ». Et ça, l'entreprise l'a bien compris. Donc il fallait trouver, non pas une proportionnalité totale ... on ne l'a jamais dans le privé, chez AXA, c'est une cotisation quel que soit le salaire ... donc il fallait qu'on trouve un juste milieu. »

2.3.2. Une nouvelle dynamique dans les contrats proposés.

a) Des difficultés de financement apparaissent.

La participation des employeurs en matière de risque santé est élevée avec des garanties voulues de bon niveau (cf. supra). Pour autant face à l'augmentation des remboursements, des difficultés financières apparaissent. Elles sont liées à la dynamique des dépenses de santé, au vieillissement de la population couverte (retraités) et au désengagement de la Sécurité sociale sur certaines prestations. Les entreprises s'interrogent alors sur la pérennité du système.

AGRO : « Sur la couverture, on a du batailler parce qu'il y avait cette dérive des dépenses avec en plus le désengagement de la Sécurité sociale qui faisait qu'on avait des cotisations qui augmentaient tous les ans de façon sensible. Ces dernières années c'était de l'ordre de 15 à 20 %. Le désengagement de la SS avait un double effet. D'une part, il y avait l'augmentation des dépenses et, d'autre part, comme les gens s'inquiétaient – ils avaient peur par exemple qu'il y ait un désengagement sur l'optique donc ils s'assuraient mieux. »

Il devient alors nécessaire de faire des arbitrages, en particulier concernant le niveau de cotisation que le salarié et l'employeur sont prêts à payer. L'idée chez BATI et PHARMA_A est de raisonner à coût constant, ce qui conduit mécaniquement à diminuer les prestations ou les bénéficiaires (par exemple arbitrage salarié-retraité, cf. infra).

LUX : « Dans le travail sur les garanties qu'on a fait avec chaque prestataire et avec les partenaires sociaux, on a acté que, sur certains postes de consommation de santé qui ne sont pas forcément nécessaires en terme médical, il y ait des garde-fous qui permettent de limiter les remboursements. On offre une garantie très confortable mais pas sans limite. Là aussi l'employeur participe, de façon différente mais l'ordre de grandeur au global est de 60-70%. »

BATI : « Et puis en 2, il a la phase d'élaboration des différents scénarii possibles. 1^{er} scénario, on reste dans la situation actuelle, on n'engage aucune négociation. Simplement on apprécie le surcoût du régime pour mesurer l'incidence à la fois employeur et salarié. 2^{ème} scénario, faire sur l'ensemble du groupe un régime obligatoire. Mais sur quel régime va-t-il s'aligner dans la mesure où nous partons de situations très différentes ? On essaie d'avoir un raisonnement à coûts constants ou à coûts légèrement remontés qui correspondent aux attentes des salariés. Il y a un équilibre à trouver entre les contributions et les prestations, sachant que nous sommes dans une période où les remboursements de base sont de moins en moins importants. Mais ce surcoût n'est pas aujourd'hui encore bien estimé. [Nous cherchons] un meilleur rapport coût/prestations. Les prestations sont généralement appréciées, ce que les salariés attendent, c'est qu'ils en bénéficient à un coût moindre. Ils s'aperçoivent en effet que la part mutuelle est de plus en plus importante. Comme ils savent que la Sécurité sociale va continuer à se désengager, ils veulent que l'employeur participe plus. »

PHARMA_A : « Il y a un conflit qui revient au précédent, coût neutre/coût efficient, c'est que quand on achète de la prestation assurance avec cette optique-là, c'est-à-dire avec des règles éthiques absolues : pas d'enquête médicale, pas d'exclusion médicale, etc ... ça coûte plus cher et donc on a des conflits de coût. »

b) Pour limiter les dépenses, la responsabilisation des salariés sur les consommations de soins est largement mise en avant, mais reste limitée dans ses effets.

Pour faire face à l'augmentation rapide des dépenses de santé observées, souvent plus rapide que celle des cotisations, les entreprises mettent en avant la responsabilisation ou la prise de conscience nécessaire des salariés. En cela, elles relayent sans doute le discours des assureurs complémentaires qui gèrent ces contrats. Pour autant, le ou les postes sur lesquels la responsabilisation des salariés doit porter, apparaissent différents en fonction des entreprises et des préoccupations liées à leur secteur d'activité.

Pour DIST, cette responsabilisation des salariés était très forte jusqu'en 2002 et passait selon elle par un certain « désengagement » par rapport à la couverture santé complémentaire, en maintenant au maximum une garantie restant facultative.

DIST : « Années 80 et jusqu'aux années 2000, on disait “pour les frais de santé, il existe sur le marché beaucoup de mutuelles, ou de dispositifs remboursement de soins, les salariés sont très attachés, on a une politique de responsabilisation, on a une population jeune, les prix sont corrects, donc on ne sent pas une obligation de l'entreprise à obliger les salariés à avoir une couverture obligatoire, d'autant qu'on pense que le niveau de couverture par la Sécurité sociale sont plutôt bons”. Ça, ça a été le discours jusqu'à aujourd'hui, je dirai. Mais en 2002, avec le DRH, on a vu qu'on était une des seules, grandes entreprises à maintenir un régime facultatif de frais de santé. Nos partenaires eux étaient farouchement pour de l'obligatoire, sauf la CFTC ... la CFTC est le syndicat majoritaire, (...) Nous on répondait : on veut mener une politique de responsabilisation, c'est dans nos gènes, c'est dans nos mœurs, il faut laisser à nos salariés la possibilité d'exercer leur choix. On avait toujours eu 50% environ d'adhésions à un régime de mutuelle facultative. En même temps, on avait un financement qui était très faible, là aussi pour, c'était notre discours, pour laisser la plus lourde part aux salariés afin qu'ils se rendent compte du coût. On avait donc un esprit complètement différent.

Mais, face au désengagement de la Sécurité sociale, elle-même, ce discours a évolué en rendant la garantie santé obligatoire. Parallèlement des actions sont mises en place pour améliorer les conditions de travail.

DIST : Et en 2002, on s'est dit : quand on regarde l'économie et la sociologie du pays, compte tenu des désengagements de la Sécurité sociale, de l'allongement de la durée de la vie, du papy boom, des retraites, de la médecine qui coûte de plus en plus cher, sans même regarder ce que font les politiques, on sent bien que les régimes de frais de santé ne feront qu'augmenter. Dans ces conditions, est-ce que nos salariés demain auront toujours la capacité de se faire soigner uniquement par le régime de Sécurité sociale ou auront-ils toujours autant le choix sur le marché d'accéder à une protection sociale complémentaire ? Et là on est tombés d'accord [pour dire] qu'il fallait que nous changions notre message parce que nous avons toujours prôné le facultatif et que maintenant on était plutôt favorable à l'obligatoire, pensant qu'il y aura dans les prochaines années des désengagements plus forts et une médecine plus chère et que dans ces conditions, la protection complémentaire pour nos salariés deviendra de moins en moins accessible. Autant alors en faire un atout en termes, je dirais, 1. de conditions de travail, parce que des gens qui ont des problèmes d'accès au système de soins, ne sont pas forcément des salariés en bonne santé et 2. de fidélisation et d'attractivité. Donc on a fait le choix de restructurer complètement, de mettre en place un nouveau système de protection sociale et de passer notre mutuelle en obligatoire. »

En matière de dépenses de santé, ce sont les arrêts de travail apparaissent comme un poste préoccupant car générant des coûts importants pour l'entreprise DIST qui tente de responsabiliser ses agents, d'abord par rapport à ces dépenses.

DIST : « [par rapport à l'absentéisme] on n'avait pas réagi seulement sur nos contrats de prévoyance, on avait mené des campagnes santé au sein de l'entreprise. On a expliqué aux salariés quel était le coût de l'absentéisme, que ces arrêts de travail ils y avaient droit mais que ça avait un coût. On a re-sensibilisé, y compris le management, certains managers laissant l'absentéisme courir, les partenaires sociaux disant 99,9% des arrêts de travail sont justifiés mais il suffit qu'on ne sanctionne pas certains abus pour que derrière les choses dérivent. Donc on a retravaillé, en termes de management - c'est-à-dire en tant que manager comment gérer l'absentéisme dans son équipe ? – mais aussi auprès des salariés. On a fait une très grosse campagne et notre taux d'absentéisme a rejoint celui le plus bas de la profession. »

DIST : « Tout ça pour dire qu'on a aussi un besoin de communication, communication qu'on est en train de rectifier aujourd'hui, parce que ce n'est le tout de construire des dispositifs, il faut aussi communiquer et communiquer, sans faire de « marketing social » parce que ce n'est pas le

but, mais pour montrer tous les avantages d'une protection sociale qui a été construite avec les partenaires sociaux de longue date. Mais ça DIST ne l'avait jamais fait avant. »

BATI est dans une logique de diminution des accidents de travail (zéro risque) et sur la prévention primaire des risques santé pour la population ouvrière (tabagisme, addiction, risque routier).

BATI : Q : vous avez développé des politiques innovantes, en matière de formation, d'une part, par l'académie par exemple, et en matière de sécurité, d'autre part, avec une politique de « risque zéro ». **R.** « Là, on est vraiment dans la différenciation, étant donné qu'on a une politique de Zéro accident, avec une volonté très forte de la direction générale, complètement partagée sur nos chantiers. Zéro accident, on est bien dans l'économie de santé (...) Nous menons également une action concertée avec nos médecins du travail sur l'ensemble de la France, en organisant des assises de la santé. On regarde les différents risques, tabagisme, addiction, risque routier, accidentologie ... avec la notion qu'il va y avoir un vieillissement de la population et qu'il faut penser à la question « comment allons nous adapter les postes de travail, nos méthodes de production au vieillissement de la population ? » On a une population sur nos chantiers qui vieillit de plus en plus et donc les risques vont être augmentés. Nous avons des équipes qualité-sécurité-environnement qui sont en train de réfléchir aux différentes méthodes de production que l'on pourrait adapter et tout ça, avec les médecins du travail. »

LUX entend responsabiliser les salariés en s'appuyant principalement sur le mécanismes des contrats responsables, tout en maintenant des contrats santé proches des besoins locaux des populations salariées couvertes et de l'offre de prestataires (notamment de secteur 1 ou de secteur 2). Cela passe alors par plusieurs contrats santé diversifiés en fonction des sites. Chez TRANS, on retrouve cette volonté de responsabiliser, tout en collant au profil du consommateur.

LUX : « Maintenant si on passe sur la prévoyance santé. Les régimes complémentaires sont obligatoires, par établissement. Il y a une raison historique à cette différenciation des régimes par site. Historiquement chaque site avait sa couverture complémentaire, avec son acteur local. On a tenté d'harmoniser tout cela l'année dernière en faisant un seul contrat et donc un seul prestataire pour tout LUX. Mais ça n'a pas abouti parce qu'en fait tous les partenaires sociaux de chaque site veulent conserver leur typicité. C'est-à-dire qu'ils estiment que la consommation des soins de santé sur leur site peut être différente de celle du site voisin. Ce qui est vrai pour Paris versus Province, je pense. Vous allez voir un spécialiste à Paris, ça n'a rien à voir avec le spécialiste de province. Donc on n'a pas abouti dans cette phase d'harmonisation. Mais la aussi, suite à la réforme Douste Blazy, on a mis à jour nos régimes pour bénéficier du traitement social et fiscal, notamment le contrat responsable. On a mis en place au début de l'année 2006 des contrats qui satisfont aux nouvelles normes. »

LUX : « [l'adaptation aux contrats responsables] n'a pas été facile, mais ça n'a pas été non plus difficile dans ce sens où le but était de faire comprendre aux partenaires sociaux, et donc aux salariés, la nécessité de faire évoluer les régimes, les bénéfices qu'on avait à en tirer, c'est-à-dire les exonérations fiscales et sociales, qu'il était important que ces contrats soient reconnus comme responsables, mais que pour autant, il fallait responsabiliser le salarié sur sa consommation de soins de santé. Ça c'est quelque chose qui est très difficile à faire comprendre. Pourquoi ? Parce que le salarié avait pris l'habitude de dire 'avec le contrat entreprise, je paye une garantie que j'estime confortable, donc je peux dépenser sans compter'. Donc il y avait des consommations, je ne dirai pas irresponsables, mais disons qu'ils ne regardaient pas à la dépense. Donc on a essayé de les sensibiliser à cela. Il y a forcément un prix à payer à un niveau de garanties confortable et ce prix à payer va être forcément de plus en plus élevé. Il faut sensibiliser les gens à 'quel niveau de prix vous voulez consommer ? ».

TRANS : « Il y a tout lieu de penser que « le produit unique ne répond pas aux besoins des collaborateurs ». Faire mieux coller les garanties aux préférences des salariés aurait également l'avantage de mieux les responsabiliser. La responsabilisation des gens, c'est un vrai problème. Il y a des petits consommateurs et des gros consommateurs et ceux qui dépensent le moins ne veulent pas payer pour les autres. Le refus des régimes obligatoires c'est le refus de payer pour ceux qui dépensent. »

c) Les entreprises cherchent alors à maintenir un bon niveau de prestations santé, quitte à proposer des options.

Pour DIST il existe une réelle volonté de maintenir une couverture complémentaire santé pas trop cher avec des prestations plutôt basses (régime de base), le reste étant optionnel ; pour autant, même avec options, le niveau de couverture reste moyen.

DIST « Du régime confort, on est vite tombé au régime de base, c'est-à-dire de commencer par un régime qui est plutôt un tiers payant qui était l'ancien premier régime qui n'était pas très cher, mais qui n'avait pas de garanties optique et pas de garanties dentaire. Donc là on s'est dit, sur notre régime obligatoire il faut qu'on intègre une garantie optique et une garantie dentaire. On a donc pris l'ancien régime de base auquel on a ajouté les deux garanties et tous les autres régimes sont devenus des régimes à options, sans modifications. »

Quatre entreprises affichent la volonté de proposer des contrats santé de « bonne qualité » ou « haut de gamme ».

C'est le cas de LUX, même si, pour cette entreprise, il existe des différences en fonction des sites. Ainsi, le contrat santé des salariés de l'établissement C est un contrat de base, il est moyen pour les salariés de A et plutôt haut de gamme pour les salariés du siège parisien. Cela tient à une volonté de ne pas harmoniser les régimes et de tenir compte des spécificités locales en terme de besoins de soins de la population. Il ne sert en effet à rien de prendre en charge les dépassements d'honoraires, lorsque les praticiens exerçant localement sont majoritairement de secteur 1.

LUX : « Le principe grosso modo des trois régimes est le même, c'est d'offrir une couverture complémentaire de santé de qualité, en ce sens où le reste à charge des salariés doit être, dans la majeure partie des cas, quasiment nul. Il y a aussi la volonté d'offrir une couverture assez confortable. »

Pour PHARMA_A la garantie doit être forte sur les prestations jugées essentielles, tout en limitant l'aspect consumériste lié à certaines prestations comme l'optique et le dentaire.

PHARMA_A « Dans notre politique groupe, on a dit qu'il fallait couvrir 6 postes : ambulatoire, hospitalisation, médicament, maternité, optique et dentaire. Après on a dit : l'hospitalisation, les médicaments et la maternité, ce sont trois postes qui doivent toujours être remboursés à 100 %, pas de reste à charge sur ces trois postes. En revanche, on refuse de donner la gratuité des médicaments qu'on fabrique et ceci pour des raisons médicales. Il y a des concurrents qui vendent la gratuité comme aspect social. Pour nous le médicament doit faire l'objet d'une prescription dans un cadre médical, donc pas d'accès direct – via la gratuité – à nos médicaments. En optique et dentaire, et surtout en optique, on considère qu'il y a un effet consommation, comme acheter un pot de yoghourt, et là on pondère selon l'acte, c'est-à-dire qu'on essaye de trouver des moyens, selon les pays et les systèmes de santé, qui font qu'on ne rembourse que ce qui est nécessaire médicalement. C'est donc fonction de la législation ... on prend comme critère le critère du régime d'Etat local, on le préfère toujours à celui de l'assureur. On ne dit pas que le critère Etat est bien mais il est meilleur que celui de l'assureur ... c'est le moins mauvais. On a eu d'ailleurs un conflit avec les gens de A [groupe fusionné] pour qui l'optique devait être exclue du package santé. [mais on a refusé ce discours]. On a besoin de lunettes dans la pharmacie et on esquinte ses lunettes dans la pharmacie (...) donc on essaye de trouver un *modus vivendi* entre le prix d'une monture raisonnable et pour les verres on a pris un critère TIPS. Sur les dents, c'est un plus gros problème, parce que les assureurs on n'en trouve pas et c'est très coûteux. Les soins sont couverts mais pas les prothèses. Pour l'instant, « c'est le foutoir ». On a repris le système qui figure déjà dans le régime de branche qui est le système du devis. Je ne suis ni favorable, ni défavorable, je vois ce qui s'est passé aux USA, avec les PPO's. le PPO n'est pas fait pour du médical, il est fait pour faire une pression sur les prix. On l'a testé, on l'a challengé aux USA »

Pour INFO, le haut niveau de garantie est un peu une surprise quand ils se comparent aux autres et ils s'aperçoivent que leur rapport « qualité/prix » est bon, donc ils tentent de maintenir ce bon niveau de couverture.

INFO : « On s'est comparé aux autres, on est allé auditer les différents systèmes de couverture médicale et on a vu que finalement on n'était pas si mal positionné que ça (...) on est classé, « mutuelle de haute garantie ». Il y a trois types de prestations qu'il faut comparer : l'hospitalisation, le dentaire et l'optique. Le reste est très banal. On rembourse classiquement les médicaments, les consultations.

Pour AUTO, il y a un décalage entre le niveau de prestations proposées et le niveau perçu. AUTO sait qu'il ne propose pas de garantie haut de gamme comme peut le faire PHARMA_A (AUTO se compare explicitement à PHARMA_A) mais a l'impression de proposer un niveau plutôt bon niveau de garantie, alors que le scoring le fait apparaître comme un contrat très nettement de base, quelle que soit l'option choisie par le salarié.

AUTO : « on garantit [aux salariés] qu'ils auront une bonne couverture santé au prix marché le plus bas et toujours avec une contribution de l'entreprise. Si on classe les mutuelles, comme on l'a fait avec notre actuaire, en cinq groupes, on est pile au milieu. Quand on s'adresse aux mutuelles de haut de gamme, on trouve PHARMA_A, on trouve les laboratoires pharmaceutiques. Mais nous, on est bien placé pour une mutuelle d'entreprise dans laquelle il y a beaucoup d'agents. »

d) L'assurance santé à la carte ou l'épargne santé commencent à être envisagée dans quelques entreprises, comme mode de couverture alternatif.

Plusieurs entreprises doivent répondre à une demande nouvelle de couverture santé, basée sur une offre « à la carte » ou « *offre cafeteria* », c'est-à-dire offrant des garanties propres au profil de risque de chaque salarié. Ce phénomène résulterait d'une rupture de solidarité, notamment avec les salariés âgés, mais pas seulement. Ainsi chez PHARMA_A, l'influence des dispositifs « gradués » mis en place à l'étranger semble jouer. Pour autant, ces systèmes à la carte génère des coûts de gestion importants (évoqués chez PHARMA_A et AUTO). Ces dispositifs restent donc aujourd'hui limités à deux ou trois garanties.

LUX : « C'est un comportement naissant, qui commence simplement à se faire jour. On s'est rendu compte qu'ayant une population assez « âgée » mais des cotisations identiques, on a effectivement des réflexions du type « pourquoi devrais-je payer pour les autres ? ». Alors ça n'a pas remis en cause notre approche et les partenaires sociaux ne l'ont pas prise en compte parce qu'elle n'était pas en masse très représentative, mais c'est nouveau chez nous. Ce n'est pas encore un phénomène d'ampleur mais c'est naissant. Nous on pense que cette problématique va s'amplifier, donc on va avoir tendance à développer les garanties « cafeteria », c'est-à-dire que le salarié en fonction de son profil peut chercher à aménager son régime de protection de façon à ce qu'il lui convienne le mieux possible. Ça c'est quelque chose qu'on va essayer de mettre en place. »

PHARMA_A : « on interdit cela ! En Asie, on a des systèmes qui sont des grading systems des systèmes très graduels avec des cafeteria plans. On est arrivé quelques fois à avoir 6-7 régimes. Pour réduire le nombre, on en a gardé 2-3 facultatifs mais on refuse de les promouvoir. C'est l'opacité complète, ça ne sert qu'à nous pomper de l'argent et ça ne profite qu'aux salariés qui profitent anormalement d'un dispositif. »

AUTO : « Chacun devrait avoir sa propre mutuelle en fonction de ses risques. Le problème de ces risques, c'est que si tout le monde tape sur ses risques, la mutuelle devient vite insupportable quant au coût. »

La mise en place de garanties à la carte conduit, à la limite, à une remise en cause du système assurantiel pour les frais de soins. En effet, si chacun cotise en fonction de ce qu'il consomme, la complémentaire santé devient une réserve de trésorerie et est proche de l'épargne.

AUTO « On est allé sur ces questions avec l'actuaire en se disant 'est ce que ça vaut la peine que l'on rembourse la myopie de la cinquantaine... aujourd'hui quand on regarde ce qui se passe dans les pays nordiques, là-bas finalement la myopie de la cinquantaine n'est pas prise en charge au titre du risque maladie. Dans une mutuelle en France, elle doit représenter 30 ou 40% des dépenses annuelles ; si je change de lunettes tout les deux ans, j'ai aussi bien fait d'économiser 30% sur ma cotisation et de m'acheter moi-même ma paire de lunette et je ne tape pas sur la collectivité. Donc il y avait toutes ces choses là ...

Alors, par contre, ce qu'on a fait, c'est qu'on se cale de plus en plus sur les nomenclatures de sécurité sociale. C'est-à-dire que aujourd'hui une personne qui a vraiment des vrais besoins de lunette, parce qu'elle a des verres très épais ou si elle a des traitements particuliers, dans ce cas là on remboursera très bien. Pour les jeunes enfants on veut également rembourser très bien. Mais la myopie de la 50taine n'a pas fait l'objet d'un intérêt particulier. Par contre on va rembourser une partie des opérations des myopies. Au niveau dentaire, par exemple on se met sur l'implantologie. Mais on ne sera jamais une mutuelle comme [on en trouve dans l'industrie pharmaceutique], tout simplement parce qu'il faudrait doubler les cotisations actuelles, c'est ça le problème. »

AUTO : « on voudrait aussi aborder le problème de la dépendance. Et puis, cette épargne santé, ça nous turlupine un petit peu. On se dit pourquoi ne la réserver qu'à des gens qui entrent chez AUTO ... une personne qui n'a que cinq ans ou dix d'ancienneté, elle a encore quand même encore trente ans pour se préparer, donc on aimerait bien trouver avec eux une solution. Alors ce n'est pas une solution pour dans deux ans ni pour dans 5ans, mais c'est peut être une solution pour dans 20 ans. Là, il faut qu'on rediscute un petit peu avec eux, parce que c'est toujours la même chose ... à partir du moment où l'entreprise dit 'moi je mets de ma poche', c'est toujours très bien accepté, mais quand on commence à dire 'bien oui, mais il faut peut-être que chacun fasse un effort, là on a plus de mal ».

Le dispositif est alors celui des contrats de type MSA (Medical Savings Account).²⁵⁷ Ils ne sont pas encore diffusés véritablement en France, mais ils sont développés à l'étranger (USA, Singapour, Chine, Australie). Il s'agit de se constituer un compte d'épargne individuel pour les frais de santé. Le principe étant que la personne épargne lorsqu'elle est jeune (et consomme peu de soins) et qu'elle utilise son épargne quand elle est plus âgée. L'épargne reste à tout moment disponible pour la personne. Le but de ces contrats est de limiter le risque moral et de permettre un co-financement des soins. Ils permettent de résoudre les problèmes de financement inter-générationnels. Ils sont très farouchement contestés en France, parce qu'ils engendrent des inégalités de traitement puisque les gros épargnants auront les meilleurs soins. Ils peuvent néanmoins présenter un intérêt, s'ils sont mutualisés sur une même génération mais il existe des difficultés de « provisionnement » des montants pour les soins futurs, compte tenu des difficultés de prévision sur l'évolution du coût des soins. Dans notre échantillon seule PHARMA_A s'est lancée dans la recherche d'un produit de ce type.

PHARMA_A « on s'est dit, on a déjà un outil [un art 83] et il suffit que dans notre accord, on dise qu'il y aura une partie de ce dispositif de retraite supplémentaire qui s'appellera santé-retraite. On n'a pas bien sûr de contrôle que ce sera pour acheter de la complémentaire santé, mais nous, nous aurons fait face à notre responsables, l'intérêt est que ce n'est liquidable qu'en rente, alors que le PERCO admet des sorties en capital. C'est moins avantageux parce l'actif est compris dans un carcan réglementaire, donc c'est moins compétitif. On verra ce que ça donne. Je pense que si les assureurs nous suivent ... on en a choisi un ... d'autres iront peut-être sur le marché. C'est une gestion pilotée. Plus vous vous rapprochez de la retraite plus le niveau de risque s'abaisse. »

AUTO a également amorcé ce type de réflexion dans le prolongement de PHARMA_A

AUTO : « Et donc si vous voulez, on aimerait évoluer vers un PERCO santé, on a regardé un peu ce qu'avait fait PHARMA_A et finalement PHARMA_A fait quelque chose à partir des

²⁵⁷ HANVORAVONGHAI P. "Medical Savings Accounts : Lessons learned from international experience", *EIP/HFS/PHF Discussion paper* n°52, WHO, 15 october 2002.

salariés nés en 53 ... bon on ferait bien quelque chose comme ça, mais il faut encore qu'on y réfléchisse. En tous cas, on a pris rendez-vous pour mi- 2008 avec les organisations, on leur a dit 'on va réfléchir à tout ça ... on est calé sur les actifs et il faudrait peut-être qu'on se recale sur les retraités. »

2.3.3. Solidarités familiales

Dans plusieurs entreprises, il apparaît de plus en plus nécessaire de distinguer les cotisations « famille » des cotisations « célibataire ». La solidarité envers les familles diminue peu à peu. Il est noté, dans les entreprises pour lesquelles le régime frais de soins est facultatif, que les célibataires ont tendance à se détourner de contrats qu'ils jugent trop coûteux par rapport aux prestations dont ils bénéficient. Par ailleurs, la question du conjoint en activité et qui cotise lui aussi pour une assurance complémentaire santé obligatoire dans son entreprise, phénomène croissant avec la double activité au sein du ménage, conduit à créer une cotisation spécifique pour lui. Les contrats reposent sur des cotisations différenciées selon la situation familiale et distinguent par exemple : célibataire, conjoint ou couple/famille (DIST, LUX, AGRO, INFO, AUTO). Toutefois la mise en place de ces garanties différenciées reste difficile, voire impossible, lorsque le contrat est obligatoire. Ces contrats restent en général favorables aux familles pour DIST (et donc maintiennent un certain niveau de redistribution des célibataires vers les familles) mais en abaissant la cotisation célibataire par rapport à ce qui existait auparavant.

DIST : « La structure des cotisations a évolué dans le temps : dans les années 80, on avait des cotisations « famille », complètement « famille », fruit des revendications de la CFTC. Mais dans les années 90 on a commencé à regarder la structure des adhésions sur les frais de santé et là on a vu que les célibataires n'adhéraient plus ... on a donc réussi à faire comprendre à la CFTC que la « solidarité » (chacun va un jour se marier et avoir des enfants) tant qu'elle est acceptée, elle est juste, ça va. Mais dès qu'apparaît l'idée qu'elle est injuste, c'est-à-dire qu'à partir du moment où les célibataires ne souhaitent plus financer les familles, ça ne va plus. On a donc mis en place une cotisation « isolé » et une cotisation « famille ». Là, on a vu réapparaître quelques célibataires. Notre idée, avec la contribution patronale, était de se dire « pourquoi ne pas accueillir chez nous des gens qui trouvent un prix sur le marché et qui vont ailleurs ». Le prix payé chez nous était sensiblement le même, voire un tout petit plus bas, par contre à chaque fois qu'une mutuelle était prise chez DIST, la part employeur rendait l'assuré bénéficiaire. Ces régimes ont été conservés jusqu'en 2004. A ce moment-là, nos contrats ont un peu explosé et on a fait quelque chose avec la CFTC qui a été de distinguer plusieurs contrats famille. Il y avait des familles pour lesquelles on pouvait pousser un peu plus. On a fait une cotisation, comme beaucoup d'entreprises, plus proche de la structure familiale, mais en favorisant les enfants. C'est-à-dire qu'un célibataire payait un peu plus qu'un couple, et le coût d'un enfant supplémentaire était faible. On est parti sur cette base là ... oui mais la loi 2003 ne nous permet plus de faire une cotisation à la personne. (...) Donc tout le débat a été de trouver quelle était la structure de cotisation la plus proche de celle qui existait (représentant donc une structure familiale mais sans solidarité exagérée) mais cadrant avec la loi. »

LUX : « Je pense qu'elles sont un peu présentes mais elles ne sont pas un critère lors des révisions des régimes. Mais ça va l'être. Clairement la position de l'employeur est de dire « on va en profiter pour re-étalonner les avantages procurés, sur des critères : faire attention aux moins favorisés. C'est un critère de lecture qui va être pris en compte sur les frais de santé. On a fait attention à la composition des familles, de façon à ne pas satisfaire un petit nombre aux dépens du plus grand. Ça on a essayé de prendre en compte mais c'est assez lourd. »

BATI : « la question se pose ici entre les régimes famille ou isolé. On commence là à avoir des discussions où on est dans un raisonnement à la carte. Ce qu'on préconise actuellement, c'est un régime obligatoire pour tous, avec le même tarif et puis des régimes optionnels, avec là des charges sociales, pour répondre aux attentes des différentes catégories de personnel. (...) C'est bien ça qui remonte ... avoir son « propre » régime correspondant à sa structure familiale ou à ses besoins : « oui et là on n'est plus dans le raisonnement de solidarité. On est en train de

segmenter. On essaie de faire qu'il y ait au moins « isolé », « famille ». Mais on rétrécit par rapport à ce qui existe dans le régime facultatif où l'on distinguait isolé, famille et couple. »

AGRO : « Jusqu'à cette modification on arrivait à faire en sorte que sur un couple on ne fasse pas payer les deux, mais maintenant on est obligé de faire cotiser tout le monde. On a un contrat qui est complètement adapté à ça. On a trois types de cotisations différentes, avec une cotisation salariale qui est de 60€ pour tout le monde. On est là encore dans le même principe. C'est une cotisation forfaitaire. Donc 60 € + 30 €, c'est l'option pour une personne ; + 60€ pour deux personnes, + 90 € pour 3 personnes et plus. Donc on a des cotisations qui varient selon la composition familiale. Alors on est toujours partagés ... parce qu'avant on avait un taux unique qui englobait les familles, les célibataires ... c'est toujours partagé, quand on discute avec les représentants du personnel, il y en a toujours un qui met l'accent sur la famille monoparentale, deux enfants ... la cotisation à 90 € c'est lourd quand il n'y a qu'un revenu ... alors, je partage tout à fait ... mais il y en a un autre à côté qui dit que ce sont les célibataires qui paient toujours pour les cas un peu particuliers. C'est difficile. On a dit qu'on prolongeait cette façon de faire jusqu'à la fin de l'exercice civil et qu'on se reposerait la question pour l'année prochaine. »

INFO : « Par contre, ce n'est pas une couverture familiale. Elle est individuelle et le salarié qui veut couvrir son conjoint, il contribue à hauteur de 0,5 % » « ... ce qui est ridiculement bas ... pour peu que le conjoint travaille et qu'il n'ait pas de mutuelle obligatoire, c'est une mutuelle très avantageuse. » « On a un nombre important, dans notre effectif, de cotisations « conjoint ». Ensuite on a quelques particularités : on couvre les ayants droit jusqu'à 26 ans, sans condition ... ce qui n'est pas très fréquent. »

AUTO : « Jusqu'à présent, c'est une mutuelle qui est en cotisations fixes. Il y a un tarif pour le salarié, il y a un tarif pour l'épouse si elle ne travaille pas ou si travaillant, elle gagne moins de 50% du SMIC (parce qu'on considérait que dans le cas où elle gagnait plus de 50% du SMIC, il y avait de grandes chances qu'elle ait un employeur qui lui propose également une mutuelle) ; elle couvrait également les enfants, les enfants jusqu'à 25 ans s'ils poursuivaient des études. Pour chacun des ayants droits de la mutuelle, il y a une partie qui est prise en charge par l'entreprise. »

Section 3. Solidarité intergénérationnelle : la couverture santé des retraités

Le vieillissement de la population salariée et de la population retraitée, l'inflation continue des dépenses de santé et le processus de normalisation qui affecte la comptabilisation des engagements de long terme, constituent un ensemble de forces qui questionnent les dispositifs de couverture maladie des retraités mis en place par les entreprises. À quelles conditions l'entreprise peut-elle continuer à porter dans le futur le risque santé de ses anciens salariés ? L'entreprise peut-elle, doit-elle, encore mutualiser la couverture complémentaire santé entre les actifs et les retraités ? Certaines des entreprises de l'échantillon ont profité de la révision de leurs accords collectifs pour mettre à plat les régimes retraités existants, examiner leur viabilité à long terme, réévaluer leur contribution. Les positions se répartissent entre le retrait pur et simple et la recherche de solutions originales pour garantir un maintien pérenne des anciens salariés dans des régimes d'entreprise. On rappelle, dans la *première partie* de cette synthèse, le cadre juridique qui organise la couverture santé des retraités. Dans une *deuxième partie*, on introduit les notions d'engagements sociaux et de normes IAS 19, ce qui permet de préciser quels en sont les enjeux pour les entreprises. Enfin, on présente dans une *troisième partie*, les cas d'entreprises étudiés et les arbitrages auxquels elles ont été conduites.

3.1. Le cadre juridique : quelles obligations pour les entreprises et les assureurs ?

Les obligations des entreprises et des assureurs en matière de couverture maladie des retraités découlent de la loi Évin de 1989 qui a organisé un système très protecteur quant au maintien des prestations et des garanties pour les deux types de prévoyance, le risque « court » (maladie, maternité et accident) et le « gros risque » (invalidité, incapacité, décès).²⁵⁸ Au regard de question de la couverture santé des retraités, deux articles sont concernés : l'article 4 et l'article 6. Le premier a pour objet le maintien à titre individuel des garanties d'une couverture collective obligatoire (3.1.1), le deuxième vise les autres opérations collectives et les couvertures individuelles (3.1.2). L'un et l'autre exposent à des difficultés de compréhension et d'interprétation alors que les enjeux financiers pour les assureurs et les entreprises sont lourds (3.1.3)

3.1.1. Le maintien des garanties en prévoyance collective obligatoire.

L'article 4 de la loi dispose que :

« Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

1° Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail;

2° Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de

²⁵⁸ Nous avons présenté dans la première partie (chapitre 1) les dimensions essentielles de la loi Evin. Nous menons ici une analyse plus systématique des effets que certains des articles de la loi exercent sur la gestion de la couverture santé des retraités.

douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret. »

Il ouvre donc au salarié qui bénéficie dans son entreprise d'une garantie collective la possibilité d'obtenir, avec un délai d'option de 6 mois, le maintien de sa couverture santé lorsqu'il part en retraite, lorsqu'il devient chômeur ou tombe en incapacité ou en invalidité. La même faculté est ouverte aux ayants droit de l'assuré décédé, pendant une période minimale de 12 mois. L'interprétation qui prévaut²⁵⁹ est que ce droit est ouvert aux salariés couverts par un système de prévoyance collective obligatoire, obtenue, selon les termes de l'article 2²⁶⁰ :

« (...) soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur »

3.1.2. Le maintien des garanties en prévoyance collective facultative

L'article 6 vise, quant à lui, les contrats individuels, les contrats collectifs à adhésion facultative et les contrats de groupe ouverts. Il énonce qu'à l'issue d'une période de deux ans, l'assureur s'interdit de résilier le contrat de sa propre initiative ou d'en réduire les garanties. Passé ce délai, le contrat ne peut plus être résilié en cas d'aggravation du risque. En revanche, et par contraste avec les contrats relevant de l'article 4, l'assureur a une liberté tarifaire totale au cours des premières années. Ultérieurement, le tarif ne pourra pas augmenter en se fondant sur l'état de santé du seul assuré en cause.

« Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles et sous réserve du paiement des primes ou cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, l'organisme ne peut refuser de maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les personnes visées sont celles qui sont affiliées au contrat collectif ou d'assurance de groupe ou mentionnées au contrat individuel ou à la convention tant que celles-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé.

L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat ».

²⁵⁹ SARGOS P., « Le droit au maintien des prestations et des garanties dans l'assurance de prévoyance collective », *JCP, La semaine juridique*, n° 47, novembre 2001, 2135 ; LAIGRE P. « La loi prévoyance », *Droit Social*, n°4, avril 1990, 370.

²⁶⁰ Les couvertures collectives mises en place de l'entreprise (type Madelin ou assimilé) ainsi que les couvertures individuelles font l'objet de l'art 3 de la loi.

3.1.3. Les ambiguïtés de la loi Évin

Nombreux ont été les juristes à avoir souligné les problèmes d'interprétation de ce texte de loi. La discussion que conduisent L. LAUTRETTE et D. PIAU²⁶¹ en resitue les principales dimensions.

– Qui de l'assureur ou de l'entreprise est le débiteur de l'obligation ? L'ambiguïté vient du fait que le texte fait référence à la convention, qui peut renvoyer à la convention collective ou désigner tout type de contrat, ou au contrat d'assurance « *le contrat ou la convention doit prévoir (...) les modalités et les conditions tarifaires (...)* ». En pratique, il ressort que l'obligation est au moins celle du contrat d'assurance et qu'il s'agit d'une obligation de l'assureur à l'égard des anciens salariés et non celle de l'employeur. Cette interprétation est d'autant plus justifiée que le lien contractuel entre l'assureur et l'ancien salarié n'est pas la reconduction du contrat collectif des actifs mais un « nouveau » contrat d'assurance.

– Quelle est alors l'étendue de l'obligation ? Nouveau, le contrat des anciens salariés n'en est pas pour autant collectif ; c'est un contrat individuel à adhésion facultative qui sort de la relation triangulaire employeur/assureur/salarié propre aux couvertures collectives. Dès lors, les conditions de modifications contractuelles (tarifs et garanties) sont celles qui prévalent pour les couvertures individuelles. En particulier il n'est pas possible à l'assureur d'imposer unilatéralement à l'assuré une baisse de ses garanties, alors qu'en vertu des dispositions du code du travail applicables au statut collectif, des baisses collectives de garanties peuvent être imposées au salarié. Non collectif, le nouveau contrat peut être considéré comme un « contrat groupe ouvert », tous les assurés étant, au regard des cotisations et des garanties, dans une situation identique.

– L'article 4 de la loi assure donc aux anciens salariés, antérieurement protégés collectivement, dorénavant individuellement, le maintien des garanties liées aux risques maladie, maternité et accident et met en place une période de latence pendant laquelle ils sont protégés d'une hausse trop brutale de ses cotisations. Deux facteurs contribuent en effet de facto à alourdir pour l'assuré la charge de la couverture : d'une part, sauf mention dans l'accord collectif ou engagement unilatéral explicites, l'employeur ne participe plus et, d'autre part, les cotisations aux contrats individuels ne sont pas déductibles du revenu imposable. Pour atténuer l'augmentation conséquente du coût de la couverture, le principe d'un seuil maximal d'augmentation des tarifs a été posé, fixé à 50% par le décret n°90-769 du 30 août 1990. La notion de « *tarif global* » à laquelle le seuil se réfère n'est toutefois pas définie. En l'absence de précision, les pratiques admettent qu'il s'agit d'un tarif moyen rapportant le nombre total d'actifs couverts au montant total des primes versés pour ces mêmes couverts.²⁶² Les incidences pour le retraité ne sont alors évidemment pas les mêmes selon que ses cotisations étaient (compte tenu de son régime de rattachement ou de sa situation familiale) inférieures ou supérieures au tarif moyen. Quid également du référentiel de comparaison quand la population des actifs a été, suite par exemple à une opération de restructuration, profondément modifiée,

²⁶¹ LAUTRETTE L, PIAU D, « Le maintien des obligations d'assurance en prévoyance collective (articles 4, 6, 7 et 7.1. Loi Évin », *Droit social*, n° 7/8, juillet-août 200, 853-860.

²⁶² Cette précision est d'ailleurs reprise par l'ACAM que les difficultés de compréhension et d'interprétation de l'article 4, à l'origine de nombreuses réclamations déposées au Bureau des Relations avec l'Assuré, ont amené à réagir. Sur ce point précis des conditions tarifaires, l'ACAM oppose aux assurés « *que le plafond de 50 % d'augmentation fixé par la loi et son décret d'application ne s'applique pas au montant de cotisations qu'ils payaient antérieurement, mais bien au « tarif global applicable aux salariés actifs de l'entreprise », disposition souvent interprétée par les assureurs comme la moyenne de l'ensemble des tarifs appliqués aux salariés actifs de l'entreprise, toutes situations confondues (en ce compris les tarifs individuels et familiaux)* » (ACAM, Rapport d'activité 2006, p.45).

voire a disparu. Nous reviendrons ultérieurement sur cet alinéa qui introduit l'idée, et le mécanisme, d'une solidarité tarifaire entre les actifs et les non-actifs.

– Quelles garanties maintenir ? Si l'article 4 dispose que le contrat doit prévoir les modalités du maintien de la couverture, il laisse une certaine latitude à l'organisme assureur. De ce point de vue, la jurisprudence dit que cette couverture doit être « similaire ». Elle n'impose donc pas la reconduction du spectre de garanties associées au contrat collectif, ce qui autorise l'assureur à remodeler l'offre afin de mieux répondre aux attentes et aux besoins d'une population plus âgée et/ou de prendre en compte la nature des risques propres à une population vieillissante.²⁶³

– Quelle est la durée du droit de suite ? Le texte prévoit que la couverture des anciens salariés doit être maintenue « sans condition de durée », celle des ayants-droit du salarié décédé pour une « durée minimale de douze mois ». Si l'on suit toujours les auteurs suscités, deux lectures sont possibles : soit les anciens salariés auraient un droit viager au maintien de leur couverture individuelle dans les conditions fixées à l'article 4, soit l'assureur ne serait, concernant les anciens salariés, tenu à aucune durée minimale de maintien et pourrait donc la modifier de façon discrétionnaire. C'est cette seconde interprétation qui semble prévaloir²⁶⁴, sachant que la discrétion de l'assureur est tenue dans les limites qui sont celles de l'article 6 de la loi qui dispose, dès lors qu'il s'agit d'une couverture individuelle, que « l'organisme ne peut refuser de maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les personnes visées sont celles qui sont affiliées au contrat collectif ou d'assurance de groupe ou mentionnées au contrat individuel ou à la convention tant que celles-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé. L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci ». En d'autres termes, l'assureur a la possibilité de limiter les effets du maintien des garanties maladie, maternité et accident dans le cadre des dispositions prises en application de l'article 4 et de soumettre les garanties individuelles des anciens salariés aux dispositions de l'article 6.

Du coup, ressort la particularité du contrat dit « loi Évin » : la couverture des frais de santé des retraités répond à un critère d'engagement dans la durée mais cette couverture « viagère » est associée à des montants de garanties et de cotisations non constants dans le temps bien qu'encadrés réglementairement. Dans le contexte d'un risque augmentant fortement avec l'âge et d'une inflation médicale soutenue, l'économie générale de ce dispositif de « droit de suite » n'allait pas tarder à poser aux assureurs et aux entreprises des questions récurrentes, rendues plus aiguës par le processus de normalisation comptable amorcé au début des années 2000. Évacuons tout de suite le problème propre aux assureurs qui est celui de l'application du principe de la provision pour risques croissants. Ce problème est le suivant : compte tenu de l'espérance de dépenses de santé après 60 ans et de l'inflation médicale, l'écart entre les prestations versées par les assureurs reprenant en contrats individuels les salariés antérieurement couverts en prévoyance collective obligatoire et les cotisations, dont les taux sont encadrés, est susceptible de se creuser. Une situation de ce type a sa solution dans la constitution de

²⁶³ Concernant l'étendue de la garantie, le BRA rappelle ainsi que « si la loi pose le principe d'un maintien de couverture, il a été admis par la Cour d'Appel de Lyon que la loi est respectée lorsque l'assureur propose des garanties proches, mais non identiques, à celles dont le salarié bénéficiait dans le cadre du contrat collectif (CA Lyon, 9 mars 2006, n°05-395) » (ibid)

²⁶⁴ Toujours selon l'ACAM « Il convient en outre que les assurés gardent à l'esprit que la loi n'interdit pas non plus des augmentations ultérieures des tarifs de leur contrat individuel dans la mesure où cette hausse est uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents y souscrivant (3ème alinéa de l'article 6 de la loi). Dès lors et quand bien même les tarifs qui sont proposés aux anciens salariés au moment où ils quittent l'entreprise leur paraîtraient excessifs, ils seront encore susceptibles, dans les limites susvisées, d'être augmentés en cours de contrat » (ibid)

provisions pour risques croissants, à cette réserve près que la cotisation moyenne appliquée à l'ensemble du groupe, même plafonnée, peut néanmoins faire l'objet de revalorisations, ce qui ne rendait pas obligatoire la constitution de provisions. En fait, les pratiques montrent que la constitution de réserves était bien répandue, ne serait-ce que pour pouvoir lisser les taux de cotisations entre les différentes phases de la vie du contrat (exemple de BULL). Toutefois si le cadre réglementaire est longtemps resté flou, ce n'est plus le cas aujourd'hui avec la mise en place des normes SOLVENCY II. Concentrons-nous sur la question des arbitrages économiques qui sont ceux de l'entreprise face à la couverture santé de ses *ex* salariés.

3.2. Couverture santé des retraités : l'impact des normes IAS 19

3.2.1. Les avantages sociaux post-emploi

Parmi les avantages sociaux accordés au sein de l'entreprise, certains sont consommés dans la vie active, d'autres sont des avantages post-emploi. Cette distinction a des implications comptables importantes. En effet si les premiers sont comptabilisés comme des charges de période, contreparties des services rendus par les salariés actifs, les seconds relèvent d'avantages qui ne peuvent plus être considérés comme des contreparties puisque leurs bénéficiaires ne sont plus économiquement actifs dans l'entreprise.²⁶⁵ Il s'ensuit que les engagements de l'entreprise pour ces avantages octroyés, ou maintenus, postérieurement à l'emploi doivent être constatés à son passif, sous forme de provision. Ainsi si l'entreprise s'est engagée, dans le cadre d'un accord d'entreprise, à prendre en charge la couverture médicale ou le régime de prévoyance de ses salariés lors du départ de l'entreprise, elle est liée par un engagement viager à l'égard de ses *ex*-salariés et tenue de l'évaluer et de le comptabiliser. C'est le cas de tous les avantages portés par des régimes à prestations définies par lesquels l'employeur s'oblige à payer les prestations convenues à son personnel en activité et à aux anciens salariés.

3.2.2. La norme IAS 19

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les entreprises cotées et leurs filiales ainsi que les entreprises non cotées mais établissant des états consolidés doivent, pour provisionner leurs engagements sociaux, appliquer les nouvelles normes comptables IAS/IFRS, normes vers lesquelles toutes les sociétés françaises devront converger à court terme. La prévoyance relève de la norme IAS 19 « avantages du personnel » qui s'applique à la comptabilisation, en valeur actuarielle, de tous les avantages du personnel : les avantages de court et de long terme, les avantages postérieurs à l'emploi et les indemnités de fin de contrats de travail.

Le montant de la provision à constituer est déterminé selon la « méthode des unités de crédits projetés », requise par le référentiel IAS/IFRS et dont le principe consiste découper la carrière des bénéficiaires d'avantages post-emploi en sous-périodes (unités de services) ouvrant droit à des prestations futures (projetées). L'estimation des flux de prestations futures à verser repose ensuite sur un ensemble d'hypothèses, dont le choix est de la responsabilité des employeurs et prenant en compte :

- les données économiques de l'entreprise : mortalité, taux de turn over, d'invalidité, de préretraite, personnes à charge des salariés ;
- les données financières : taux d'actualisation, augmentation future des salaires et des prestations, taux de rendement attendu des actifs financiers de couverture, évolution future de la

²⁶⁵ GAVANOU J-F, VALIN G., *Gouvernance Sociale et Fonds de pension*, Paris : Economica, 2007, p 149 et *suiv.*

dépense médicale, etc.

Puis les flux de prestations à verser sont valorisés à leur valeur présente probable. Le montant des engagements à reconnaître correspond quant à lui à la valeur actuelle de l'engagement à la fin de l'exercice, multiplié par un prorata entre les années d'ancienneté acquise à la date de l'évaluation (unités de services rendus) et le nombre d'unités de services à courir pour l'acquisition complète des droits à prestations.²⁶⁶

3.3. Les enjeux de la couverture santé des retraités pour les entreprises : entre soutenabilité du financement et pérennisation de la solidarité intergénérationnelle.

Les engagements sociaux de l'entreprise peuvent représenter un coût important, par ailleurs difficilement appréciable a priori dans leur composante prévoyance, ce qui pose très clairement le problème de la soutenabilité de son effort contributif. Le cabinet MERCER Human Consulting Group a ainsi chiffré, à partir des rapports annuels des entreprises du CAC 40, à 185 Mds €, le montant total de leurs engagements postérieurs à l'emploi (retraite, frais de santé et prévoyance pour les retraités), ce qui représente 28% du montant total des capitaux propres de ces sociétés.²⁶⁷ Mais le choix des variables de décision ne dépend pas que de contraintes économiques.

Renoncer à participer à la couverture santé des retraités revient en effet pour les entreprises à supprimer les systèmes de solidarité interne qu'elles ont pu avoir mis en place, ou soutenu dans le cadre des mutuelles d'entreprise, entre les actifs et les retraités. Sur cette question « jusqu'où pousser la solidarité intergénérationnelle ? » les positions de principe – pas clairement tranchées – sont mises à l'épreuve de la soutenabilité des mécanismes existants « comment maintenir la couverture santé des retraités ? ». Quatre enseignements ressortent des discussions ou débats autour de ces questions qui ne sont « sortis » que récemment, concomitamment aux adaptations impulsées par la mise aux normes IFRS des comptes des entreprises.

En premier lieu, les positions syndicales, saisies au niveau de responsables fédéraux ou confédéraux, apparaissent nuancées.²⁶⁸ Toutefois, tous s'alarment de la « démutualisation » que la loi Évin entendait éviter en raison du transfert de charges qui s'opère de l'assurance maladie de base vers l'individu et de la capacité qu'auront les retraités à acheter des couvertures santé dont les coûts croissent de façon importante lors de la retraite :

« (...) Il faudra trouver des solutions, pour les contrats individuels à la sortie du contrat collectif, de façon à ce [que les retraités] ne soient pas matraqués financièrement lorsque le contrat de travail cesse (...). Il faudra réfléchir à une modulation des tarifs et éviter les augmentations de tarifs qui sont insupportables pour certains retraités » (FO).

« Les transferts de charge sont importants. La pression forte est sur les retraités, on enlève les participations d'entreprise pour les retraités du fait que l'on doit provisionner les engagements (normes IFRS Europe). Les gens se croient dans l'obligation de faire des conditions plus raides pour les retraités » (CFE-CGC).

« Le problème, c'est que quand vous arrivez à la retraite, vos revenus chutent alors que vos cotisations sociales vont, elles, augmenter (...) La loi oblige à vous maintenir si vous le souhaitez en tant qu'adhérent, mais si l'augmentation est encadrée, cela ne veut pas dire qu'il n'y

²⁶⁶ Pour le détail de la méthode, on se reportera à GAVANOU et VALIN, *op cit.*

²⁶⁷ « Engagements de retraite des entreprises du CAC 40 en 2007 », www.mercer.com

²⁶⁸ Nous nous appuyons ici sur les échanges que nous avons eus avec les représentants syndicaux interrogés au niveau fédéral ou confédéral, ainsi que sur les débats organisés par le Club AEF-Protection sociale, à Paris le 13 décembre 2006 et reproduits dans la note de synthèse des débats.

a pas d'augmentation. Donc votre cotisation va augmenter et, en plus, vous allez la payer tout seul » (CFTC)

« Bien sûr, on peut renvoyer à l'adhésion individuelle, donc à l'assureur. Mais l'assise de mutualisation étant moins large, cela se traduira par un coût plus élevé pour le retraité ou pour l'assureur » (CFDT, AEF)

En deuxième lieu, si la nécessité d'une solidarité intergénérationnelle est clairement revendiquée par les uns, elle est abordée de façon plus prudente par d'autres. On verra néanmoins (*cf. infra*), à l'exemple des cas observés, que « sur le terrain », les désengagements de l'entreprise vis-à-vis de la couverture santé de ses anciens salariés ouvrent, sinon des conflits, au moins des négociations difficiles entre les directions d'entreprise et les représentants des salariés, dans un domaine, celui de la PSCE, que l'on avait tendance à considérer comme relativement consensuel.

« La difficulté est de faire comprendre que les retraités ne sont jamais que d'anciens salariés et que les salariés doivent entretenir l'espoir d'être nouveaux retraités » (CFTC).

« [Le maintien de la couverture complémentaire des retraités pose un problème de faisabilité] en particulier dans les entreprises où l'on a une pyramide des âges défavorable (...) On bute alors sur la question de la crise de solidarité au sein de l'entreprise à laquelle la CGT est confrontée en tant qu'organisation syndicale. C'est une question qui se travaille par le dialogue social, l'explication auprès des jeunes, à travers une politique salariale adaptée, au besoin par le biais de techniques adaptées – lissage des cotisations des actifs ou abondement de l'employeur » (CGT, AEF)

« Le problème de la prise en charge des retraités par les actifs de l'entreprise s'est toujours posé. Moi, je suis pour une séparation ; la solidarité entre les actifs et les retraités dans le domaine de la santé, je reste très prudent ... ça peut en effet pousser les entreprises, si elles sont obligées de provisionner ces engagements, à revenir sur certains accords et ne plus prendre en charge la complémentaire santé, à titre collectif (...). Compte tenu de l'augmentation de la longévité, il est évident que ça pose des problèmes quand les contrats concernent actifs et retraités, ou alors il faut prévoir que chaque année, par exemple dans le cadre des branches, lorsque les résultats sont positifs que l'excédent soit affecté à une réserve de stabilité C'est compliqué » (FO)

En troisième lieu, et cette appréciation est posée de façon unanime par les représentants syndicaux, c'est dans le cadre de la négociation collective que la question de la couverture santé des retraités doit trouver sa solution.

« C'est aux partenaires sociaux, dans le cadre de la négociation d'examiner les conditions dans lesquelles on est amené à faire de la solidarité » (FO, AEF)

« Les solutions les plus faisables consistent à asseoir le maintien de la couverture sociale des retraités sur les accords de groupe ou de branches » (CGT, AEF)

« On peut prendre en charge la couverture du retraité dans le cadre d'un contrat collectif. De ce point de vue on ne peut exclure que par voie fiscale ou autre, on allie vers une généralisation de ce type de couverture complémentaire » (CFDT, AEF)

On ajoutera, en quatrième lieu, que pour certaines entreprises, les désengagements ne s'imposent pas d'emblée. La solidarité intergénérationnelle peut en effet faire l'objet d'une assez forte valorisation de la part de celles qui ne veulent pas rompre avec leur image d'entreprise socialement responsable. En tout état de cause, les tensions entre les logiques « financières » et les logiques « ressources humaines » des entreprises trouvent là un point d'expression particulier.

Face aux postures des partenaires sociaux, comment réagissent les conseillers ou les organismes assureurs ? Les propos qui suivent n'ont pas la prétention de livrer un panorama pondéré,

représentatif des pratiques mais, assez clairement, deux approches s'opposent : le repli, sur la base d'arguments de principe ou de raisonnements pragmatiques face à des contraintes nouvelles, ou bien la recherche de mécanismes appropriés. La première approche est plutôt celle des compagnies d'assurance : elle est sous-tendue par un a priori explicite qui est que les jeunes ne veulent plus payer pour les « vieux ».

« [Sur la solidarité], on ne fera pas l'économie d'un débat sur l'évolution et la place de la protection sociale dans l'entreprise. C'est une forme de rémunération comme les autres, et il faut se demander si c'est une bonne idée de vouloir tout mutualiser. Ce qui est en cause c'est le rôle que l'on veut faire jouer à l'entreprise en matière de solidarité » (M. Quesnot, Courtier d'assurance, MERCER)

« [Existe-t-il une solidarité entre jeunes et vieux ?] Entre des retraités plus riches que la plupart des jeunes et les actifs, elle n'existe pas. Bien des salariés préféreraient ne plus s'assurer du tout et payer de leur poche les prestations dont ils auraient besoin ce qui leur coûterait deux fois moins cher (...) Notre vision des choses aujourd'hui, c'est de laisser les retraités se prendre en charge. Nous essayons de convaincre les entreprises de sortir de l'impasse dans laquelle elles se sont engagées ». (M. Quesnot, Courtier d'assurance, MERCER)

« Pour la solidarité, la sécurité sociale est là et elle joue son rôle. Les assureurs, quels qu'ils soient, ont un autre rôle. Ils passent des contrats de droit privé entre une société et un individu et le moindre engagement de l'assureur c'est de répondre aux besoins de l'assuré. Sur ce point je suis d'accord pour dire que les besoins des salariés en retraite n'ont rien à voir avec ceux des salariés en activité avec des enfants en bas âge. D'un simple point de vue assurantiel, le fait qu'aujourd'hui les garanties soient les mêmes quels que soient les besoins posent un problème (Swiss Life)

« On a pu assurer la solidarité dans l'entreprises quand le nombre des retraités était limité. Plus le nombre de retraités augmente, plus le coût de la mutualisation est élevé. D'où le questionnement que l'on a sur la mutualisation à tous crins, questionnement que l'on doit avoir dans l'entreprise. D'autant que le salarié actif sait très bien qu'il va cotiser pour un retraité dont la situation est aujourd'hui bien meilleure que celle qu'il pourra lui-même avoir, une fois à la retraite » (Courtier d'assurance)

D'autres organismes assureurs proposent des solutions qui s'expriment moins sur le mode de la rupture que sur celui de la recherche de compromis entre le souci de réduire les conséquences du passage à la retraite par des pratiques tarifaires attractives, sans pour autant dissuader les « bons risques ». Le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, s'était ainsi fait l'écho en 2005 des pratiques mises en place par certaines mutuelles ou institutions de prévoyance, différenciant les tarifs selon l'âge, afin de lisser les conséquences de la sortie du contrat collectif d'entreprise.²⁶⁹ Les incitations sociales et fiscales attachées aux contrats collectifs obligatoires, qui rappelons-le sont conditionnées à des critères de non-discrimination (*cf. supra*), soulignent toutefois les limites de telles adaptations. Par ailleurs ces dernières ne s'imposent pas partout avec la même acuité. On est renvoyé, comme évoqué précédemment par un représentant syndical, à la démographie de l'entreprise :

« La solidarité trouve ses limites quand apparaît un déficit dans un régime mutualisé et qu'on remet en cause la mutualisation par une hausse des cotisations ou une baisse des garanties. Il faut tenir compte de la démographie des entreprises pour trouver des solutions » (Courtier d'assurance, SCIACI)

En tout état de cause, si le processus de normalisation comptable impose aujourd'hui aux entreprises une mise en balance complexe des coûts de leurs engagements sociaux, d'une part, et des coûts d'opportunité de leur renoncement, d'autre part, c'est parce que les poids respectifs

²⁶⁹ Le rapport développait notamment l'exemple de PRO-BTP.

des actifs et des retraités s'inversent. Les provisions pour passif social pèsent d'autant plus sur les comptes des entreprises que les pyramides des âges sont vieillissantes. C'est dans ce cas que la solidarité actifs/retraités trouve ces limites et sous cet aspect, les plus touchées sont les entreprises « mûres » dans lesquelles les ratios retraités/actifs sont élevés. Ce sont aussi celles au sein desquelles on trouve fréquemment, pour la couverture santé des salariés et des ex-salariés, les mutuelles d'entreprises qui ont accompagné le développement de l'entreprise fordiste. La quasi-totalité d'entre elles offre une garantie aux retraités avec une contribution directe de l'entreprise – l'entreprise finance directement une partie des cotisations des retraités – ou indirecte – pas de participation directe de l'employeur mais mutualisation des résultats du régime des retraités avec les résultats du régime des actifs. Les normes IFRS ont donc accru le faisceau de contraintes pesant sur ces mutuelles d'entreprise au moment où celles-ci doivent absorber les effets conjugués de la loi Fillon (fiscalisation pleine et entière des contrats collectifs facultatifs) et de l'application future des règles prudentielles.

Dans ce contexte quels sont les choix faits par les entreprises ?

Un scénario assez connu est celui suivi par les banques. Dans un communiqué portant sur la mise aux normes de ses comptes consolidés 2005, BNP Paribas présentait l'option concernant les engagements de prévoyance :

« Au moyen d'une soulte de 152 M € payée en 2004 à la mutuelle de santé du personnel, BNP Paribas, a éteint tous ses engagements vis-à-vis des retraités en matière de prestations de santé. Le régime de la mutuelle correspond désormais à la définition d'un « régime à cotisations définies » selon les normes IFRS » (BNP, Paribas, communiqué du 24 mars 2004).

On lira dans l'encadré ci-après les modalités précises du mécanisme adopté ainsi que les principales étapes de la négociation collective qui a fixé les termes de l'accord entre l'entreprise, la mutuelle et les salariés. C'est un processus voisin qui a conduit la Société Générale à se libérer de ses engagements sociaux :

« Les retraités sont dans un compartiment à part, dans la même mutuelle, qui est un peu plus chère et pour laquelle l'entreprise a versé une soulte importante qui est censée assurer un équilibre, moyennant une augmentation substantielle des cotisations malgré tout. [Par rapport à la BNP], la Société Générale a été encore plus généreuse (170 millions d'€ de soulte). L'indépendance et le fait de ne pas être embêté par les ratios de prudence a son prix ! Donc on est dans cette démarche. Les retraités auront une augmentation de cotisation et la soulte en question va alimenter les fonds propres de la mutuelle. Ensuite, on prélève sur les fonds propres pour équilibrer le régime des retraités en espérant que ça passe 40-45 ans comme ça. Beaucoup d'entreprises vont faire cela parce que le risque qu'elles ont – en fait c'est une certitude – d'être taxées à partir de 2008 en plus de l'obligation qu'elles ont d'intégrer dans leurs comptes l'ensemble des engagements pris vis-à-vis de leurs salariés, vont les amener, d'une part, à passer à des régimes obligatoires et à séparer, d'autre part, les actions en direction des salariés de celles des retraités » (représentant syndical CFTC).

Les caisses d'épargne ont également adopté le principe de l'allocation d'une soulte à la mutuelle afin d'abonder la cotisation des retraités en prélevant sur les fonds propres pendant une durée de 7 ans.²⁷⁰

BNP-Paribas Négociation de l'accord sur la couverture complémentaire des ex-salariés retraités

²⁷⁰ « Les mutuelles d'entreprise jouent leur va-tout », *L'argus de l'Assurance*, n° 7041, 28 septembre 2007.

Présentation faite par B. LEMÉE, DG adjoint chargé des Ressources Humaines
Club – AEF, 13 décembre 2006 (synthèse des présentations et des débats)

« Dans ce groupe bancaire, 130.000 salariés bénéficient des prestations de deux mutuelles. Une mutuelle historiquement d'entreprise devenue mutuelle interentreprises au sein du même groupe qui accueille 110.000 adhérents actifs et retraités, dont une très forte majorité d'actifs. Une mutuelle interentreprises, de moindre importance compte 20.000 adhérents. La contribution de l'entreprise pour ces deux mutuelles est un peu supérieure à 20 millions d'€ par an.

En 2004, les nouvelles normes comptables internationales IAS obligent quelques 7.000 entreprises cotées, dont BNP Paribas, à provisionner la totalité de leurs engagements à compter du 1^{er} janvier 2005. S'agissant des deux mutuelles de BNP Paribas, elles assurent la couverture complémentaire santé des ex-salariés déjà partis à la retraite et celle des salariés actifs. L'entreprise pensait s'être prémunie de l'obligation de provisionnement. Chaque année, elle verse une contribution au CCE (comité central d'entreprise) lequel, dans la gestion de ses œuvres sociales, reversait cette contribution – qu'il avait d'ailleurs la possibilité d'abonder – aux mutuelles.

Quand le commissaire aux comptes se tourne vers l'entreprise pour lui demander de provisionner les engagements de la mutuelle évalués à plusieurs centaines de millions d'€, BNP Paribas s'efforce d'échapper à cette contrainte en expliquant, d'une part, que la mutuelle est financée par le groupe bancaire, mais de manière totalement indépendante puisque la contribution n'est pas versée directement, transitant par le CCE. D'autre part l'entreprise n'a aucun moyen d'intervenir dans le fonctionnement de mutuelles qui ont leur conseil et leurs règles propres et qui décident souverainement du champ de la couverture qu'elles assurent et du montant de leurs cotisations et prestations. BNP Paribas a fait valoir que ce système a fonctionné pendant des décennies de façon assez harmonieuse entre l'entreprise, le CCE et la mutuelle.

Ce point de vue n'a pas été retenu par le Commissaire aux comptes qui ont estimé qu'en l'espèce les mutuelles et la banque avaient 'partie liée' « vous ne pouvez pas vous exonérer de cette contrainte ». peu désireux de s'engager dans un contentieux à l'issue hasardeuse, le groupe BNP Paribas a préféré rechercher une solution avec les syndicats de BNP Paribas SA (40.000 salariés) et les autres sociétés du groupe qui comptent 15.000 personnes. Le groupe a donc opté pour la voie de la négociation collective, techniquement très complexe, mais qui s'est conclue par un succès puisque trois accords ont été signés liant la mutuelle, le CCE et l'entreprise elle-même.

– Par un premier accord entre le CCE et BNP Paribas, le CCE accepte de ne plus percevoir la contribution annuelle de l'entreprise. Il s'est assuré que l'entreprise continuerait d'apporter sa contribution à la mutuelle.

– Par un deuxième accord entre le CCE, la mutuelle et l'entreprise, la mutuelle accepte de recevoir directement une contribution de l'entreprise calculée non plus de façon globale, mais en fonction du salaire.

– Les relations entre la mutuelle et l'entreprise ont fait l'objet d'un troisième accord qui prévoit deux régimes distincts au sein de la mutuelle. L'un pour les actifs. L'autre pour les retraités. Entre les deux a été tracée une frontière étanche de manière à ce qu'on ne puisse plus dire que l'entreprise avait encore 'partie liée' avec la mutuelle. L'entreprise a continué à cotiser pour ses actifs comme elle le faisait avant, mais la mutuelle a été rendue obligatoire.

Pour les retraités, sur la base, d'une évaluation des engagements à plus de 20 ans, BNP Paribas apporte une contribution de 152 millions d'€ à la mutuelle « historique » et de 20 millions d'€ à la plus petite mutuelle, à charge pour l'asset manager retenu par PNB P. de gérer cet actif dans de bonnes conditions de rentabilité. En contrepartie de la contribution de l'entreprise, la mutuelle s'est engagée à procéder de façon régulière à l'évaluation de ses engagements pour disposer sur une longue période et de façon permanente de ressources supérieures aux dépenses. Cet engagement conduit à augmenter les contributions des retraités à un rythme supérieur aux prestations. D'ici à 2010, le différentiel contributions/prestations devra être de +3,5%. Entre 2010 et 2040, il sera d'au moins 1%.

« C'est un accord très inhabituel auquel ni les partenaires sociaux, ni l'entreprise n'étaient préparés puisqu'il a fallu intégrer dans ces accords des données actuarielles et qu'il a fallu prendre des engagements réciproques à un niveau très élevé (...) Les règles comptables ont pris le pas sur les règles de solidarité puisqu'à partir du moment où l'on découpe les mutuelles en morceaux, on n'est plus vraiment dans un dispositif mutualiste. Je ne sais pas ce que nous aurions pu faire si nous n'avions pas eu la possibilité d'apporter à notre mutuelle des sommes aussi considérables » (.B. Lemée)

Mais d'autres mécanismes existent, comme en témoignent certaines des entreprises de notre échantillon.

3.4. Les processus de décision dans les entreprises enquêtées.

Sur les dix cas étudiés, quatre ont enclenché en 2006-2007 un processus d'aménagement des régimes de prévoyance santé de leurs ex-salariés (PHARMA_Br et PHARMA_A, AUTO et INFO); les scenarii sont à chaque fois différents. Deux avaient « anticipé » et cessé leur effort contributif au régime des retraités il y a quelques années (AGRO et LUX). Une contribue au régime de ses ex-salariés et cette contribution n'est pas remise en cause (MUTU). Une n'a jamais mis en place de régime spécifique (TRANSP). Enfin DIST ne contribue pas au régime des retraités et ne le fera pas, mais la question de la couverture des retraités fait l'objet de discussions entre les partenaires sociaux.

Contribution patronale à la couverture santé des retraités		Modification du régime
LUX	Non	/
DIST	Non	/
AUTO	Oui	Oui : scission, part E
MUTU	Oui	Non
ADMI	Oui	Non
INFO	Oui	Oui : scission
TRANS	Non	/
AGRO	Non	/
PHARMA_BR	Oui	Oui : fonds de réserve
PHARMA_1(+)	Oui	Oui : épargne santé

3.4.1. Les entreprises non contributives

Les entreprises non contributives de notre échantillon relèvent de deux cas de figure : soit le profil démographique du personnel n'en fait pas un enjeu de préoccupation et/ou de négociation, soit l'ampleur de l'effort financier à consentir est dissuasive.

TRANS est dans le premier cas : petite entreprise de transports, de création récente, avec un personnel jeune et confrontée à un *turn over* élevé, elle est très représentative de l'analyse que fait le Vice-président de la CGPME de la capacité à payer des petites structures :

« [La question du maintien de la couverture santé des anciens salariés se pose dans les petites et moyennes entreprises en termes] très différents des grandes entreprises et des secteurs dans lesquels les marges sont suffisantes pour ouvrir une panoplie de couvertures. Dans les petites et très petites entreprises, les marges sont tellement étroites qu'on n'en est même pas à offrir aux salariés une couverture complémentaire pour maladie. Pour elles, évoquer le problème des retraités relève d'une autre planète » (Club-AEF, *op cit*)

DIST, grande entreprise du secteur de la distribution, présente également le profil d'une entreprise à effectif plutôt jeune, mais c'est une entreprise ancienne dont les stocks et les flux de retraités ne sont pas négligeables. L'argument qui ressort est d'ordre financier. Pour autant, le fait que l'entreprise ne contribue pas à la couverture santé de ses ex-salariés ne signifie pas « désertion » d'un terrain de discussion sur lequel les représentants syndicaux souhaiteraient la participation de l'entreprise. L'implication de cette dernière passe par un autre canal qui consiste à mettre son poids économique dans la négociation avec l'organisme assureur, afin de tirer les meilleurs tarifs pour le contrat des retraités.

« Aujourd'hui, les salariés qui partent en retraite nous écrivent pour nous dire "Pourquoi DIST ne continue pas à mettre une participation employeur ?". On en a discuté avec les partenaires sociaux. Je leur ai dit "chaque chose en son temps". On est passé en obligatoire en fin d'année, on attaquera la question des retraités plus tard. Auparavant, quand on était en facultatif, le même régime était proposé, mais à un coût supplémentaire et sans participation de l'employeur. Ce qu'on a dit très clairement c'est qu'on ne participera jamais financièrement au régime des retraités. Même si on mettait une participation, on ne pourrait pas assurer la pérennité du régime. Une des sociétés [absorbées] nous a vu arriver avec plaisir pour pouvoir arrêter la prise de participation qu'elle avait mise en place. Elle avait commencé avec 150 retraités, pour arriver à une population de retraités plus conséquente que celle des actifs. On ne participera pas pour des raisons de maîtrise future.

Par contre, qu'on continue de mettre le poids de l'entreprise dans des dispositifs, comme le souhaite la loi Évin, et qu'on négocie pour les retraités des dispositifs avantageux, alors oui. On s'est mis d'accord avec [notre courtier] pour passer en revue ces régimes retraités. Il faut aussi faire comprendre, dans la négociation, que le fait que l'entreprise continue de regarder ce régime retraité, c'est un avantage en soi, parce que rentrer dans une nouvelle mutuelle à 60 ans, à titre privé, c'est hors de prix (...)

On retrouve ici l'argument « prix » classique qui met en exergue le bénéfice tiré par les salariés du fait de leur appartenance à des collectifs aux larges bases de mutualisation. L'intervention de l'entreprise auprès des retraités revêt également un caractère responsabilisant qui passe par la rationalisation de la couverture.

« On a dit aux partenaires qu'on allait regarder de près les garanties proposées pour avoir un contrat mieux profilé aux retraités. Donc on ne lâche pas les retraités, d'une part parce qu'on a des obligations mais on va retravailler ce régime et puis, d'autre part, on va faire un peu de pédagogie, parce qu'il faut qu'ils comprennent qu'ils vont passer en retraite une période aussi longue qu'en activité, du moins c'est ce qu'on peut leur souhaiter, et qu'ils vont avoir des consommations de soins du fait de leur âge, nettement supérieures à celles qu'ils avaient. En ce qui concerne les garanties, on ne va pas trop y toucher mais on va quand même faire évoluer le poste hospitalisation. On va retravailler le risque grave ... de là à travailler sur le risque dépendance ... non. On n'en est pas là. Mais c'est un sujet sensible, [nos] partenaires partent à la retraite ! » (DIST, responsable Direction)

3.4.2. Les entreprises qui ne contribuent plus

LUX et AGRO sont deux entreprises qui ont participé au financement de la complémentaire santé de leurs salariés et qui se sont désengagées. Pour AGRO, la couverture santé des retraités constitue un compte de résultat à part. Depuis le début des années, il n'y a plus de contribution patronale. Pour LUX, dont la contribution au financement de régimes supplémentaires de retraite est significative, c'est l'ampleur des engagements sociaux post-emploi qui a été l'argument décisif du retrait sur la couverture santé des ex-salariés.

« Les retraités peuvent accéder à des régimes qui reprennent les garanties des actifs mais alors il n'y a plus aucune participation de l'employeur. L'attrait de ce type de dispositif est qu'ils bénéficient d'un tarif de groupe qui est toujours plus intéressant qu'un tarif individuel. Sur le marché ; avant il y avait une participation mais avec les normes comptables IFRS, quand on les a appliquées pour la première fois, il y a deux ans, on a dû valoriser les engagements au passif de l'entreprise. C'est alors qu'on a dit "nous on ne peut plus participer, c'est trop coûteux". On a voulu traiter tout de suite le problème plutôt qu'attendre, parce qu'on voit apparaître dans les comptes des engagements sur le poste retraite qui sont complètement délirants. L'approche des actuaires et des experts comptables est d'estimer que tout salarié actif aujourd'hui bénéficiera potentiellement de cet avantage qu'il faut donc valoriser sur 90 ans, et donc provisionner en conséquence. Ce qui représente des sommes colossales. » (LUX, Responsable direction)

Intéressons-nous au cas d'INFO, pour lequel nous avons eu accès à l'histoire, récente, du désengagement de l'entreprise. La mise à plat générale du régime santé est enclenchée en 2004, alors que la situation économique de l'entreprise est difficile et son devenir incertain. Certes cette mise à plat a préservé les fondamentaux du système « historique » mais elle en a redessiné de façon substantielle sa « gouvernance » en mettant fin à la solidarité économique et sociale entre l'entreprise et sa mutuelle et simultanément à la solidarité actifs/inactifs.

Dans le système existant, la mutuelle d'entreprise offrait une couverture santé aux ex-salariés à laquelle l'employeur contribuait. En plus de sa participation pour moitié aux cotisations des salariés, l'entreprise intervenait complémentaiement à hauteur de 1% de la masse salariale pour rééquilibrer le régime des inactifs. De fait, les normes IFRS remettaient en cause un tel système puisqu'elles imposent, d'une part, aux entreprises de provisionner leur passif social et, d'autre part, aux assureurs de disposer de marges de solvabilité suffisantes pour tenir leurs engagements dans la durée.

« INFO a été, comme beaucoup de grands groupes, son propre assureur, il a géré sa mutuelle. Toutes les mutuelles d'entreprises on à peu près la même histoire dans les grands groupes ... il arrive un moment donné où le risque à couvrir devient tellement important que l'entreprise, qui n'est pas un organisme financier par nature n'a pas les moyens d'assurer cette protection et donc est obligée de s'adosser à des prestataires, à des groupements mutualistes ou des sociétés d'assurance pour garantir à la fois le risque actuel mais également le risque futur. Vous pouvez imaginer qu'une entreprise comme INFO est arrivée à un moment donné où le nombre de ses ex-salariés était beaucoup plus important que le nombre de ses salariés. (...) Nous avons déjà externalisé ce que nous appelons la Mutuelle INFO quelques années auparavant ... ceci dit 98 % des assurés étaient soit des assurés actifs INFO, soit des ex-salariés de l'entreprise, ce qui veut dire que le risque restait porté sur l'entreprise INFO. Les nouvelles normes comptables nécessitant de provisionner le risque, l'ensemble du risque et notamment le risque futur, nous avons été amenés à nous poser la question. L'évaluation qui a été faite par nos conseils sur la couverture du risque futur montrait que nous avions à provisionner des sommes considérables pour l'entreprise, ce qui nous a menés à nous demander si nous étions engagés dans la bonne voie. La continuité, au fil des années, n'avait posé de problème à personne ... que la protection sociale soit assurée dans l'entreprise ou hors de l'entreprise, cela ne changeait pas grand-chose pour les différents acteurs, tout le monde considérant que c'était quelque chose qui faisait partie des « actifs » de l'entreprise et qu'il était normal de continuer à l'assurer ».

A partir de ce diagnostic de situation, l'objet initial de la négociation qui était de rechercher un modèle économique acceptable, va se déplacer vers celui des conditions du maintien de la mutuelle. Ce déplacement en durcit les enjeux pour les organisations syndicales gestionnaires qui vont se trouver placées dans une logique de « relation » inhabituelle au regard de la logique « de coopération par défaut » qui prévalait jusqu'alors. C'est pourtant avec une stratégie de « laisser venir » que débute la négociation – l'entreprise se contentant de montrer les limites de la situation existante et en renvoyant les acteurs mutualistes à leur responsabilité – avant de basculer vers des modalités beaucoup plus offensives et conflictuelles, dès lors que la mutuelle sera mise en concurrence avec d'autres assureurs par la voie de l'appel d'offres. Dès lors deux positions fermes s'opposent et vont s'opposer dans la durée (9 mois) : cette durée va être propice à l'enclenchement d'une négociation « interne » avec luttes d'influence, recherche d'alliance, dénonciations croisées, appel aux sentiments de méfiance et de confiance. Cette période ne produit pas de solution. L'entreprise prend alors conscience du risque dilatoire qui l'enfermerait dans la solution non voulue. Elle fait le choix d'une position dure « à prendre ou laisser » qui se dénoue, selon un scénario « dramatisé » avec la signature, par quatre organisations syndicales sur les six, de l'accord dont elle avait élaboré les termes avec le courtier. Y avait-il de la place pour une résolution plus négociée du problème de décision posé par le portage du risque santé dans le futur ? Quand une solution unilatérale s'impose, c'est parfois en raison de sa supériorité processuelle (plus grande facilité et rapidité de mise en

œuvre), ou parce qu'elle comporte des avantages importants, ou tout simplement parce qu'au vu de la situation d'action, le décideur s'estime fondé à le faire. En insistant sur la rupture nécessaire, pour préserver les choix futurs » l'entreprise ne semble pas vouloir dire autre chose.

« Je crois que ce qui était essentiel, c'était de créer la rupture. Le temps n'arrange rien et nous nous serions retrouvés dans une situation beaucoup plus difficile trois ans plus tard avec des charges que les uns et les autres auraient trouvées insupportables. Donc il fallait faire un choix. C'est un choix difficile, je ne veux pas dire que j'ai eu une adhésion totale pour développer cette stratégie. Il a fallu convaincre des deux côtés, y compris la direction « était-il nécessaire de faire tout ce remue-ménage ? ». Mais oui c'était nécessaire parce qu'il fallait arriver à positionner la protection sociale dans une relation avec l'entreprise qui soit durable ». Ce n'était plus possible en interne ou en « faux » interne ... il fallait qu'on crée quelque chose de normal et durable. C'était l'objet de cette démarche en 2004 ».

En première approche, l'issue de la négociation est, pour les organisations syndicales gestionnaires de la mutuelle, un résultat « perdant », pour l'entreprise un résultat « gagnant ». L'entreprise a gagné le droit de ne plus porter le risque maladie pour ses ex-salariés. Au gain immédiat, s'ajoute la plus grande flexibilité décisionnelle pour des choix futurs (choix du prestataire et/ou du modèle de protection) qu'elle acquiert en sortant de la relation avec la mutuelle. Cette « valeur d'option » compense en quelque sorte le coût d'opportunité d'une décision difficile, en rupture avec l'histoire de l'entreprise. Les organisations syndicales se trouvent, quant à elles, dans une situation moins avantageuse que l'alternative qui était la leur au moment de la négociation. A leur demande, toutefois, les ex-salariés de l'entreprise sont restés au sein de la mutuelle. La logique est celle de la fermeture d'un régime à prestations définies. Aujourd'hui, les deux régimes sont clairement scindés, INFO ne contribue plus au régime des retraités et le transfert du risque « vaut effacement de l'ardoise », les réserves constituées dans le passé ont été intégralement transférées à la Mutuelle. Le risque santé est désormais assuré auprès d'une institution de prévoyance « *C'était la condition pour ne pas passer dans les bras des assureurs, ceci dit avec l'IP on est plus proche de l'assurance que de l'esprit mutualiste* » et la gestion est prise en charge par un courtier.

L'entreprise INFO est illustrative des entreprises qui, parce qu'elles-mêmes en situation économique fragile, ont rencontré des difficultés sérieuses à assumer le risque associé au maintien de leurs mutuelles et aux formes de solidarité qu'elles mettaient en œuvre dans le cadre des avantages post-emploi.

3.4.3. Les entreprises qui se sont adaptées

a) PHARMA_Br : suppression du passif social et constitution d'un fonds de réserve

Dans la pharmacie qui a re-négocié un accord de branche en santé, les mécanismes de solidarité entre les actifs et les retraités ont été revus et un fonds collectif santé, destiné à pré-financer un régime collectif frais soins de santé des salariés, auxquels ces derniers pourront adhérer à leur retraite, a été mis en place. On présente rapidement le système antérieur, le contexte des négociations puis le mécanisme de répartition provisionné sur lequel repose le fonds collectif.

i) La couverture santé des retraités avant 2008

Jusqu'à la signature de l'accord du 22 juin 2007, le régime des retraités fonctionnait selon les termes définis par l'accord collectif du 29 mai 2000. Le texte précisait les conditions de fonctionnement du régime des retraités, anciens salariés et ayants droit, telles qu'ils sont désignés dans l'article 4 de la loi Evin. Il avait institué une cotisation annuelle forfaitaire, fonction des situations familiales, que ce soit dans le Régime Professionnel Conventionnel ou dans le Régime Supplémentaire mais dans ce dernier, la cotisation variait également en fonction de l'option choisie par le salarié retraité pour sa couverture. Ainsi dans le RPC, les cotisations

des retraités s'élevaient en 2007 à 840 € environ (+ 840 € pour conjoint et 350 € pour les enfants à charge).

Le régime des retraités reposait sur le principe de la solidarité intergénérationnelle, recherché par la loi Évin. L'accord collectif stipulait notamment qu'en application de la loi, la cotisation moyenne effectivement payée par l'adhérent ne pouvait pas – tant que l'équilibre technique du régime était maintenu – être supérieure à 150 % de la cotisation moyenne applicable aux actifs au titre de la couverture maladie-chirurgie-maternité du RPC. Si pour l'équilibre du régime, il était nécessaire de dépasser la limite fixée ci-dessus, la cotisation n'était que partiellement appelée auprès de l'adhérent, le complément étant prélevé dans la réserve de couverture des anciens assurés, dans la limite de ses disponibilités et après avis du comité paritaire de gestion. Cette réserve de couverture jouait comme une réserve de solidarité technique et ses règles d'alimentation étaient fixées par contrat avec les organismes gestionnaires. Il en résultait pour les entreprises un passif social et l'obligation de comptabiliser les provisions correspondantes. « Comment porter le risque futur ? », telle a été la question au cœur de la renégociation du régime de prévoyance qui a commencé au début de l'année 2007.

« Aujourd'hui, on a une solidarité qui n'est pas forcément inscrite dans les textes, entre les actifs et les retraités, sauf que c'est un même accord ... on a deux comptes différents mais on a ces fameuses cotisations d'actifs qui profitent aux retraités. Aujourd'hui avec les normes IFRS et les normes comptables, le fait d'avoir organisé cette solidarité conduit à ce qu'on fait peser sur nos entreprises un passif social important. Donc on est confronté à la demande des entreprises qui disent "on ne peut pas prendre en charge dans nos comptes sociaux un passif important sur un risque qu'on ne connaît pas"» (Responsable Affaires Sociales, syndicat des laboratoires pharmaceutiques).

ii) Le contexte de négociations de l'accord collectif en 2007

Le nouveau dispositif repose sur la dissociation des deux régimes. La négociation a été, sur ce point, difficile. Le maintien de la solidarité actifs/retraités constituait le « point de menace » des organisations syndicales. Le compromis, signé par l'ensemble des acteurs, a acté la séparation des régimes mais il a adopté un mécanisme de répartition provisionnée qui préserve la dimension collective du régime des retraités, solution qui n'avait pas la préférence de l'organisation patronale.

« La discussion avec les syndicats est la suivante : le système du 1% qui va du régime des actifs vers les retraités n'est pas inscrit dans les textes. Donc je peux arrêter du jour au lendemain. Et si j'arrête d'abonder il faudra bien un jour ou l'autre traiter le déficit du régime des retraités. Donc de deux choses l'une, soit on s'y prend maintenant, alors que le compte des retraités n'est pas déficitaire et on avance avec cette possibilité là, soit on attend qu'il soit déficitaire et alors le régime explosera de lui-même. Les organisations syndicales sont assez pragmatiques et clairvoyantes, elles sont donc prêtes à discuter là-dessus et la discussion tourne – le principe de la scission est acquis - autour de la question du montant de la cotisation actif sur le Fonds Collectif Santé. Aujourd'hui on discute sur 1% du plafond mais elles souhaiteraient que ce soit plus. Les entreprises auraient, elles, souhaité mettre en place un système individuel plutôt qu'un système collectif. Or les organisations syndicales sont très « collectif » même si un système de type art 83 aurait pu permettre un abondement plus important ... donc on reste dans un système collectif. » (Responsable Affaires Sociales, syndicat des laboratoires pharmaceutiques).

Cet accord a été signé par l'ensemble des organisations syndicales :

« Ce fonds collectif permet le maintien de la solidarité entre les salariés actifs et des entreprises envers leurs retraités. Il permet donc de préserver la solidarité intergénérationnelle existant dans notre branche depuis 1965. L'objectif principal que l'UNSA s'était donné dans cette négociation est donc atteint. Il appartiendra au Comité Paritaire de Gestion de faire vivre cet accord et d'assurer la pérennité d'un système de prévoyance solidaire - particulièrement rare - entre actifs et retraités qui est caractéristique de l'industrie pharmaceutique » (UNSA, tract syndical)

« Les négociations avaient (...) buté sur la volonté de la chambre patronale de remettre en cause le régime des retraités, et notamment le mécanisme de solidarité entre les générations. L'accroissement du nombre des retraités et l'augmentation des dépenses de santé pèsent évidemment sur l'équilibre du régime. Mais c'est la généralisation des normes comptables IFRS, qui imposent aux entreprises de faire apparaître au passif du bilan les charges qu'elles doivent provisionner, qui aura été le point dur de la négociation. (...) La FCE-CFDT se félicite de la conclusion de cet accord. Et en particulier de la réponse apportée aux inquiétudes légitimes des jeunes salariés sur leur possibilité d'accéder lors de leur retraite au même système de protection sociale que leurs aînés, système qu'ils auront contribué à financer ». (FCE-CFDT, communiqué de presse)

iii) L'alimentation du fonds collectif santé

Lors de sa mise en place, soit le 1^{er} juillet 2007, le fonds collectif est alimenté d'un montant un peu supérieur à 4 millions d'€ prélevé sur la réserve générale du régime maladie-maternité-chirurgie des actifs afin de permettre l'utilisation de ce fonds dès le 1^{er} janvier 2008 pour les adhérents du régime des actifs nés avant le 1^{er} janvier 1953. Ensuite, le fonds est alimenté :

- par une cotisation définie annuelle fixée à 0,15% du PSS pour chaque salarié des entreprises adhérentes participant au FCS ; l'employeur prend 60% à sa charge.
- par les produits financiers générés par le fonds,
- par les cotisations exceptionnelles versées par les entreprises qui rejoignent le fonds.

Ce fonds collectif est utilisé pour alimenter la réserve de couverture des anciens salariés (*cf. infra*), dès lors qu'un salarié d'une entreprise adhérente au fonds adhère au régime des anciens salariés lors de la liquidation de sa retraite. Le montant prélevé sur le fonds à chaque adhésion est arrêté par le comité paritaire de gestion. Il prend en compte le montant du disponible, d'une part, et un ratio technique, d'autre part.²⁷¹ Il peut évoluer à la hausse ou à la baisse en fonction des évolutions démographiques.

C'est un système à cotisations définies. Il repose sur un mode de financement anticipé mais ne donne droit à aucune prestation définie. L'obligation des entreprises se limite au seul paiement de la cotisation fixée à 0,60*0,15 PSS. Il n'y a aucun engagement de leur part à contribuer au financement du régime de leurs anciens salariés ; leurs obligations s'éteignent au moment du départ à la retraite des salariés et ne sont limitées pendant toute la carrière du salarié qu'à un versement contributif. Les salariés qui n'exercent pas leurs droits d'adhésion au régime n'ont droit à aucun avantage compensatoire.

iv) Le nouveau régime des anciens salariés

Les prestations sont en tout point identiques à celles qui ont été prévues par l'accord collectif du 22 juin 2007 pour les salariés, tant en ce qui concerne le RPC que le RS.

Le calcul des cotisations distingue les adhérents anciens salariés et les autres adhérents ayant droit. Dans tous les cas, elle est calculée en pourcentage du PSS, mais pour les anciens salariés ce pourcentage est fonction des tranches de revenu de remplacement.

²⁷¹ Il s'agit du rapport actuariel entre : a) la somme des coefficients de rente viagère immédiate des entrants dans le régime des anciens salariés et b) la somme des coefficients de rentes viagères immédiates ou différées de l'ensemble des actifs ayant cotisé au fonds collectif santé l'année considérée affectés d'une probabilité de présence et pondéré par le rapport entre la durée de cotisation au fonds à la date d'évaluation et la durée de cotisation totale au fonds à la date du départ en retraite.

Les cotisations contractuelles peuvent évoluer d'une année sur l'autre mais de manière uniforme, indépendamment de l'âge, dans les mêmes proportions pour l'ensemble des niveaux.

b) PHARMA_A : suppression du passif social et appel à l'épargne individuelle

L'accord de branche a introduit une clause dérogatoire pour les entreprises ayant mis en place antérieurement un dispositif spécifique sous forme d'un régime supplémentaire de retraite collectif à cotisations définies et droits individualisés. C'est le cas de l'entreprise PHARMA_A.

i) *L'architecture générale du régime « santé retraite »*

L'accord collectif signé en mai 2007 met en place un régime de retraite à cotisations définies dit « santé retraite » gagé auprès d'un organisme assureur. Ce régime institue une garantie collective et obligatoire qui permet aux salariés assurés ou participants de bénéficier d'une rente viagère réversible, en vue de les aider à financer, à compter de la liquidation de leur retraite, la couverture complémentaire santé mise en place par le Groupe pour ses anciens salariés ou, à défaut, celle de leur choix. Il s'agit d'un avantage contributif et les cotisations totales versées par le salarié et l'employeur au titre du régime sont définitivement acquises même lorsque le salarié ne termine pas sa carrière au sein du groupe. Le droit n'étant liquidé que sur justification de la liquidation de la retraite légale de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires en sont les salariés inscrits à l'effectif à la date d'entrée en vigueur du régime à condition qu'ils aient une ancienneté minimum de 1 an au sein du groupe ou de l'une de ses filiales françaises. Entreprise et salariés financent conjointement le régime pendant toute la durée du contrat de travail, y compris pendant la suspension du contrat de travail, pour quelque raison que ce soit. La cotisation annuelle est fixée à 1,50 % du PSS ; l'employeur prend 70 % à sa charge. Les cotisations patronales et salariales sont précomptées annuellement. En 2007, la cotisation annuelle s'élève à 469 € (328 € pour l'employeur, 140 € pour le salarié).

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère et sont soumises aux précomptes sociaux et fiscaux en vigueur au moment de son versement. Lorsque les droits acquis sont faibles, une sortie en capital est possible, à condition que le cadre prévu par la loi s'applique. Cette rente est réversible, lors de la liquidation de ses droits le bénéficiaire peut demander que la rente soit payée à son décès au profit de son conjoint, à hauteur de 50%. En cas de départ de l'entreprise pour un autre motif que la retraite, les fonds d'épargne peuvent être transférés sous conditions sur un régime de même nature

ii) *Les conditions d'adhésion au régime (sur)complémentaire santé.*

Le salarié retraité et son conjoint peuvent s'ils le souhaitent continuer à bénéficier du même régime frais de santé que les salariés, en adhérant chacun à titre individuel, mais simultanément, dans les 6 mois qui suivent le terme du contrat de travail. Si les garanties complètent le régime facultatif prévu dans l'accord de branche instituant le RPC, elles ne prennent effet que si l'assuré adhère simultanément au RPC.

La cotisation est individuelle et fonction du quotient familial du foyer. L'objectif recherché est de déterminer la cotisation en fonction du coût réel de la couverture frais de santé de l'ensemble des retraités. Elle doit couvrir le seul assuré cotisant et permettre l'équilibre du régime. Cinq niveaux de quotient familial ont été définis et la cotisation est forfaitaire, exprimée en % de la cotisation d'équilibre.²⁷² Les cotisations évoluent de manière uniforme indépendamment de

²⁷² Soit 0,568 % de la cotisation d'équilibre (=1,10% du PASS en 2007) pour un QF < 1000€, et 2,571% pour un QF > 3000€

l'âge et dans les mêmes proportions pour les différents niveaux. Un groupe fermé est constitué pour les retraités actuels et les futurs retraités nés avant le 1^{er} janvier 1953. Pour ses adhérents une aide de l'entreprise est prévue sous la forme de 20€ versés par l'entreprise à l'organisme gestionnaire qui appelle donc une cotisation minorée au retraité ; des aides supplémentaires sont prévues pour les petits quotients familiaux (inférieurs à 1500 €).

iii) La négociation

La négociation entre les partenaires sociaux a été difficile et l'accord d'entreprise n'a été signé que par deux organisations syndicales. Face aux organisations syndicales qui voulaient pérenniser la solidarité actifs/inactifs pour atténuer l'effet prix du changement de régime, la direction avaient manifesté d'entrée de jeu sa volonté de sortir d'un régime à prestations définies. Cette position était soutenue par deux arguments : l'incapacité des régimes fondés sur la répartition à réaliser une solidarité intergénérationnelle qui ne se fasse pas au détriment des jeunes ; l'opacité qui entoure généralement les réserves faites par les assureurs pour alimenter des fonds de solidarité. La direction souhaitait par ailleurs mettre en place dans le sillage du PERCO récemment négocié un système d'épargne-santé.

« Mon idée depuis quelques temps, alimentée par mon expérience internationale, était qu'on ne réglerait le problème de la couverture maladie des retraités que par un pré-financement. On était convaincu dans mon équipe et avec les actuaires que la solution c'était les medical counts qu'on voit apparaître dans certains pays (...) qui permettent d'arrêter avec tout ce qui est passifs sociaux, engagements à LT. A l'époque, nous avions déjà le PERCO et on s'est dit, on a déjà un outil (...) et il suffit que dans notre accord, on dise qu'il y aura une partie de ce PERCO qui s'appellera medical PERCO ... les gens en font ce qu'ils veulent ... mais on le voulait pour que les gens le préfinancent, personnellement. C'est de la solidarité inter-générationnelle puisque c'est un actif jeune qui paie pour sa retraite future. Nous, nous avons proposé cette idée d'épargne individuelle, non pas parce que nous sommes pro-capitalisation mais parce qu'on veut favoriser les jeunes.

Ce n'est toutefois pas ce système qui a été mis en place en raison de l'opposition des syndicats qui voulaient un système obligatoire et un financement nécessairement patronal, or le PERCO est facultatif et son financement repose sur l'épargne salariale à laquelle s'ajoute l'abondement de l'employeur. D'où le choix en faveur d'un système à cotisations définies, dit article 83 :

« On voulait proposer un PERCO mais les syndicats nous ont dit PERCO = facultatif, nous on veut un dispositif obligatoire. Nous on était d'accord, le seul obligatoire équivalent au PERCO, c'est un régime art 83, donc on a fait un art 83 qui s'appelle santé-retraite (...) l'intérêt est que ce n'est liquidable qu'en rente, alors que le PERCO admet des sorties en capital. C'est moins avantageux parce l'actif est compris dans un carcan réglementaire, donc c'est moins compétitif. On verra ce que ça donne. Je pense que si les assureurs nous suivent ... on en a choisi un ... d'autres iront peut-être sur le marché ».

Finalement, même si le choix d'un contrat de groupe obligatoire contient la « rupture », la solution retenue par PHARMA_1 s'affranchit de la référence traditionnelle à la mutualisation des risques en concédant à l'épargne individuelle, certes soutenue dans un cadre collectif, un rôle d'équité et de sécurité dans la capacité du salarié à faire face à ses dépenses de santé future.

c) AUTO : scission des régimes actifs et retraités, maintien de la contribution employeur au régime des retraités.

Les retraités étaient couverts dans le précédent régime facultatif. Le passage en obligatoire n'était pas sans incidence financière pour AUTO, qui du coup tombait sous les obligations de la loi Évin. Le choix a été fait de ne pas laisser les retraités à la charge de la mutuelle – l'entreprise

cotise à hauteur de 100 € pour le retraité et ses ayants droits – et de mettre en place deux régimes différents, avec une contrainte d'équilibre pesant sur les deux, sans compensation possible.

« Nous allons avoir un régime pour les actifs et un régime pour les retraités qui devront, chacun, équilibrer leurs cotisations et leurs prestations. Nous aurons par ailleurs des prestations qui seront différentes pour les actifs et pour les retraités. Pourquoi ? Tout simplement parce que quand on est retraité, on n'a pas la même grille de dépense médicale que lorsqu'on est un jeune couple ou qu'on a un problème d'orthodontie pour les enfants. Donc, deux mutuelles différentes mais qui seront gouvernées par les mêmes instances représentatives, qui offriront des prestations différentes et, dans chaque cas, la mutuelle déterminera le montant des cotisations pour les actifs, le montant des cotisations pour les retraités. La part de l'entreprise, soit 5,5 Mions, ne représente que la part des actifs. Pour les retraités, l'entreprise cotise à hauteur de 100 euros par retraité ou par ayant droit, (...) on ne peut pas avoir dans ce cas pas une cotisation proportionnelle à la retraite puisque l'employeur n'est pas censé connaître le montant de retraites de ses employés. Donc la cotisation sera proportionnelle aux salaires pendant la période d'activité, puis forfaitaire pour la période de retraite » (Responsable direction, chargé de la PSC).

« Alors au niveau des équilibres, cette année, donc dans l'ancienne mutuelle, le régime retraité et le régime actif sont complètement équilibrés. Ça c'est une chose qui est claire. On a mis longtemps avant d'y arriver mais IAS 19 aidant, on y est arrivé. Dans le futur régime, la question ne se posera même pas puisque d'emblée les cotisations seront appelées pour être équilibrées, avec une marge de sécurité dans les deux cas. La mutuelle a, de plus, de fortes réserves dans lesquelles éventuellement ... parce que c'est un premier exercice, donc on va bien voir ce que ça va donner ... on a de fortes réserves qui font que même si par hasard on s'est trompé un chouya dans la cotisation on pourrait prendre dans les réserves. Donc aujourd'hui la réponse est : il n'y a pas d'engagements pesant sur l'entreprise au titre de compensation entre les populations active et retraitée » (Responsable direction, chargé de la PSC).

La question du régime des retraités a été largement débattue et semble s'être conclue provisoirement. Plusieurs options sont actuellement en suspens, liées à la pérennité du dispositif qui a été mis en place. Parmi ces options possibles, la solution de l'épargne santé est envisagée.

« Nos partenaires ne sont pas à 100 % satisfaits ; ils auraient aimé qu'on donne plus pour les retraités ... mais la négociation aujourd'hui s'est arrêtée là, en disant que l'on ne fera pas mieux que ce qu'on propose (...). On doit se revoir en 2008 pour examiner le cas particulier des nouveaux entrants chez AUTO. On se dit qu'une personne qui entre chez [AUTO] en 2009 à l'âge de 20 ans, elle aura des frais de santé quarante ans plus tard. Donc, il faudrait qu'on commence à réfléchir maintenant à ces gens-là et ne plus aller vers un régime où on donne x € par personne, mais plutôt se dire "combien dans la vie professionnelle pendant la période d'activité il va falloir que je mette de côté, moi et mon entreprise, pour avoir quelque chose au bout". Mais si on poursuit le raisonnement sur l'épargne santé, "On se dit pourquoi ne la réserver {qu'aux entrants} ... une personne qui n'a que cinq ans ou dix d'ancienneté, elle a encore quand même encore trente ans pour se préparer, donc on aimerait bien trouver avec [les partenaires sociaux]. Là, il faut qu'on rediscute avec eux, parce que c'est toujours la même chose ... à partir du moment où l'entreprise dit 'moi je mets de ma poche', c'est toujours très bien accepté, mais quand on commence à dire 'bien oui, mais il faut peut-être que chacun fasse un effort, là on a plus de mal'. On pense à régime à cotisations définies. On est tout à fait prêts à mettre immédiatement les 100 € [qu'on donne aujourd'hui aux retraités] dans un régime à cotisations définies, mais on pense que, pour le bien de chacun, que si on met 100 € et le salarié 20 par an, la cagnotte serait un peu plus grosse à l'arrivée. (...) Ça dépend des organisations qu'on a en face de nous, la CGT défend encore à 100% la répartition » (Responsable direction, chargé de la PSC).

3.3.4. Les entreprises contributives

MUTU : La mutuelle contribue au financement du régime des retraités. Elle n'est pas pour l'instant par les normes IFRS, mais l'évolution pourrait être celle du désengagement.

ADMI : La progression des dépenses de santé pour les retraités doit être relativisée, parce que beaucoup sont dans un régime d'ALD, donc ne coûtent pas grand-chose à la mutuelle. Il en sera très différemment si le régime des ALD était supprimé. Auquel cas le report sur les mutuelles serait significatif et jouerait comme amplificateur des réticences à payer décelées aujourd'hui au sein des entreprises.

« Actuellement, la mutuelle couvre de plus en plus de retraités. Dans les dépenses des retraités, effectivement les dépenses de santé augmentent vite (sans doute plus que pour les autres catégories de salariés) mais parmi les retraités beaucoup doivent souffrir d'affections de longue durée et les ALD sont pris en charge à 100% par la Sécu. Donc par cet effet structure, les dépenses de santé complémentaires n'augmentent pas de façon trop rapide. (...) Au niveau du financement donc ça va pour l'instant. »

*

* *

Dans le contexte du vieillissement de la population et de l'évolution des retraites, la question de la couverture santé des retraités se construit progressivement comme problème. On perçoit les limites de la loi Evin et on en mesure les conséquences sur les comportements des ex-salariés titulaires de contrats d'entreprise, ainsi que le montre une enquête récente de l'IRDES.²⁷³ Ce faisceau de contraintes, exacerbées par l'implémentation des normes prudentielles, a tendance à remettre en cause les solidarités inter-générationnelles que certains régimes d'entreprise avaient instituées. Les solutions aujourd'hui adoptées sont fortement dépendantes de la capacité à payer des entreprises et de leur propension à accepter le risque futur. Les régimes solidaires peuvent certes subsister mais sur la base de compromis dont la pérennité n'est pas assurée. Sur ce point les sorts de l'évolution des régimes de base et complémentaire sont liés (*cf. chapitre 3*). En tout état de cause, les contraintes de financement actuelles donnent de la place pour des systèmes d'épargne individuelle en rupture avec le modèle « assurance sociale ».

²⁷³ C. FRANC, M. PERRONNIN, A. PIERRE « Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite ». IRDES, *Questions d'Economie de la Santé*, 2007, n° 126.

Section 4. La prévoyance lourde

La prévoyance lourde est définie par l'ensemble des couvertures des risques décès, arrêt de travail, incapacité et invalidité. Le régime obligatoire de la Sécurité sociale couvre ces risques jusqu'à un certain niveau. Les organismes complémentaires complètent par des mécanismes de compensation des pertes de revenus générés par la survenance des risques.

4.1. Les garanties de sécurité sociale en décès, invalidité et incapacité

4.1.1 Le décès

La couverture du risque décès garantit aux ayants droit de l'assuré le versement d'une somme destinée à compenser la perte des ressources que celui-ci procurait au foyer.

Que prévoit le régime général ?

A condition d'avoir suffisamment cotisé, le capital décès fixé par le régime général est égal à 3 mois de salaire plafonné. En 2007, le capital maximum est donc de 8.046 € et est versé par priorité à la personne (ou aux personnes) qui était(ent) au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Les rentes de veuves sont données sous condition de ressources et sont limitées dans le temps. Il n'y a pas de prestations spécifiques pour les enfants. Le risque décès est l'un des risques les moins bien couverts par la sécurité sociale de base. De fait, la plupart des contrats de prévoyance complémentaire comprennent un versement en capital en cas de décès.

Que prévoient les organismes complémentaires ?

D'une part, selon l'article 7 de la Convention Collective Nationale des Cadres du 14 mars 1947, les cadres bénéficient d'une garantie décès obligatoire, dont la cotisation de 1,5 % sur la tranche A de leur salaire est à la charge exclusive de l'employeur. Ce capital est également versé par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive (IAD). En général, les capitaux décès, et quelle que soit la catégorie, sont liés au nombre de personnes à charge. Ils sont calculés en fonction du salaire, dans la limite d'un plafond (4 ou 8 PSS). En cas d'accident, un doublement du capital est souvent prévu. A côté du versement d'un capital décès, les contrats de prévoyance peuvent prévoir des garanties connexes :

– Versement de rente de conjoint. Cette garantie permet de verser une rente temporaire au conjoint survivant en attendant qu'il puisse bénéficier de ses pensions de réversion des régimes complémentaires. Elle permet d'autre part de verser une rente viagère qui complète les pensions de réversion. Rente temporaire et rente viagère sont versées dès le décès du salarié. Elles sont calculées soit en pourcentage du salaire, soit à l'aide de formule prenant en compte l'âge du conjoint lors du décès de l'assuré.²⁷⁴

– Versement de rente éducation. Cette rente est versée à chaque enfant à condition qu'il poursuive ses études, le plus souvent jusqu'à 25 ans. Elle est souvent croissante en fonction de l'âge et représente soit une fraction de salaire, soit une fraction du PSS.

Les régimes peuvent être optionnels et offrir pour la garantie décès un choix entre :

– un capital, variable selon la composition familiale,

²⁷⁴ La formule de la rente viagère est le plus souvent : $x \% * (65 - \text{âge au décès}) * \text{salaire}$; celle de la rente temporaire est du type : $y \% * (\text{âge au décès} - 25 \text{ ans}) * \text{salaire}$.

- un capital fixe augmenté d'une prestation versée sous forme de rente : rente de conjoint et/ou rente éducation

Des garanties annexes peuvent être prévues :

- La garantie « double effet » intervient lorsque le décès du deuxième parent a lieu en même temps ou après le décès du salarié couvert par le contrat. Le montant versé peut être égal au capital décès ou en représenter une fraction.
- La garantie « prédécès du conjoint » donne un capital en cas de décès du conjoint et de survie du salarié couvert. Il est en général plus faible que le capital décès.
- La garantie décès accidentel durant un trajet ou un déplacement professionnel : un capital supplémentaire

Les garanties décès constituent le fondement de la prévoyance collective dans l'entreprise à destination des cadres. L'accord national du 14 mars 1947 oblige les entreprises à cotiser au moins à 1,5% de la tranche A du salaire des cadres pour l'affecter à un régime de prévoyance couvrant principalement le décès. Mais la CCN de 1947 prévoit que tout accord globalement plus favorable est applicable : un taux inférieur à 1,5 % de la tranche est admis dès lors que la somme des cotisations employeur du collègue cadre représente un montant supérieur.

4.1.2. L'incapacité

Plusieurs cas de figure peuvent conduire à l'incapacité de travail d'un salarié : l'accident de la vie privée ou la maladie, la maternité, l'accident du travail ou la maladie professionnelle. Cette incapacité peut, en outre, revêtir un caractère transitoire ou définitif.

Que verse le régime général ?

Le régime général délivre un revenu de remplacement qui varie dans sa forme et son montant, eu égard à la cause de l'incapacité. En cas d'incapacité totale, mais temporaire, la prestation est attribuée sous la forme d'une indemnité journalière (IJ). Lors d'un arrêt de travail, le salarié perçoit des IJ à partir du 4^{ème} jour d'arrêt. Ces indemnités sont assez faibles au début de l'arrêt de travail (en 2007, le maximum est de 44,70 € et de 161,05 € pour un accident du travail). Après le délai de carence de la sécurité sociale, les indemnités de la Sécurité sociale sont versées pendant trois ans à compter de l'arrêt de travail pour les maladies de longue durée. Dans les autres cas,²⁷⁵ l'assuré n'a droit qu'à 360 jours d'indemnités journalières au maximum sur une période de 3 ans. Ces montants sont complétés par la loi de mensualisation de 1978 qui oblige l'employeur à maintenir pendant une durée déterminée, en complément des indemnités de la Sécurité sociale, un certain niveau de rémunération en arrêt de travail, sous la condition qu'ils aient au moins trois ans d'ancienneté.

Que proposent les organismes complémentaires ?

Une couverture complémentaire est donc nécessaire pour les salariés ne remplissant pas cette condition et pour les arrêts de longue durée. Elle intervient en complément des prestations de la sécurité sociale et des obligations de l'employeur au titre de la loi de mensualisation. Elle ne peut pas entraîner une indemnité supérieure au salaire perçu au moment de l'arrêt de travail.

²⁷⁵ Hors l'incapacité de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle qui est régi par un régime particulier

4.1.3. L'invalidité

Des pensions d'invalidité sont servies par la Sécurité sociale dès que le salarié est reconnu invalide. Le niveau de prestations dépend dans ce dernier cas du degré d'invalidité reconnu par la sécurité sociale. Trois niveaux sont reconnus :

- 1^{ère} catégorie : invalide avec la capacité d'effectuer un travail rémunéré,
- 2^{ème} catégorie : invalide incapable de travailler
- 3^{ème} catégorie : invalide incapable de travailler et devant recourir à l'aide d'une tierce personne.

Le niveau d'intervention de la Sécurité sociale assure une rente de 70% du salaire moyen en troisième catégorie, de 50% en deuxième catégorie et de 30% pour la première catégorie d'invalidité. Les assureurs peuvent prendre en charge tout ou partie du salaire afin de garantir le maintien de la rémunération avec le versement d'une rente d'invalidité (invalidité ou incapacité permanente). Les prestations peuvent être augmentées en fonction du nombre d'enfants à charge.

Le tableau ci-dessous classe les contrats décès-incapacité-invalidité en trois catégories : garanties basses, moyennes et hautes.

Tableau 11 : Les gammes de contrat en prévoyance lourde

(Source : Argus de l'Assurance, n° 6764, décembre 2001)

	Basses	Moyennes	Hautes
GARANTIES EN CAS DE DECES			
Décès/IAD toutes causes			
● salarié sans enfant à charge	100%	150%	200%
● salarié avec enfant à charge	150%	200%	300%
● enfant à charge supplémentaire	25%	50%	70%
Décès/IAD par accident (capital supplémentaire)	50%	100%	100%
Rente éducation	-	5%	10% puis 15 % après 18 ans
Rente conjoint			
● viagère	-	-	(65 - Age) % salaire
● temporaire	-	-	(Age - 25) % salaire
INVALIDITE-INCAPACITE			
Incapacité temporaire			
● indemnité journalière (en % du salaire brut)	70%	80%	90%
● franchise	3 mois	3 mois	3 mois
Invalidité (vie non professionnelle)			
● 1ère catégorie SS	40%	50%	60%
● 2ème catégorie SS	70%	80%	90%
● 3ème catégorie SS	70%	80%	90%

4.2. Niveau, périmètre et étendue des couvertures d'entreprises

Hormis AGRO dont le régime a été mis en place par référendum, les autres entreprises ont mis en place leur régime de prévoyance soit en application d'un accord collectif de branche (MUTU, PHARMA_A pour le régime complémentaire « conventionnel », TRANSP) ou d'entreprise. La plupart de ces contrats sont assurés auprès d'institutions de prévoyance ; deux entreprises ont fait le choix d'une société d'assurance (LUX et INFO).

A la différence de l'assurance maladie complémentaire, la prévoyance fait le plus souvent l'objet de contrats différenciés selon la catégorie de personnel : la distinction cadre/non-cadre est la plus fréquente. Les entreprises AGRO et DIST distinguent plus finement : ouvriers/cadres et assimilés/commerciaux pour la première, cadre/agents de maîtrise/employés pour la seconde. Certaines entreprises ont fait le choix d'aligner les régimes (ADMI, INFO). Ce choix a pu être guidé de l'extérieur, en lien avec l'évolution du système de classification, comme chez PHARMA_Br.

« On a vécu [avec un régime catégoriel] jusque dans les années 90, où on a changé notre système de classification, c'est-à-dire qu'on a supprimé les annexes catégorielles. Supprimant les annexes catégorielles, n'ayant plus la distinction cadre/non cadre, ouvrier/employé, maîtrise-technicien/cadre, nous avons engagé une révision du système de prévoyance pour déterminer les mêmes prestations pour tous – ça, c'était en 1991 – et on a terminé en 1995 en alignant les cotisations. Aujourd'hui, un salarié de l'industrie, quel que soit son statut, quelle que soit sa classification, quel que soit son salaire, va bénéficier des mêmes prestations pour une même cotisation, plus précisément pour un même taux de cotisation, et les taux de cotisation sont assis sur le salaire (Responsable des affaires sociales, LEEM)

Lorsque la prévoyance est segmentée, tous les salariés sont couverts. L'exception est l'entreprise AUTO qui n'a pas prévu de couvertures spécifiques invalidité et incapacité pour les agents et collaborateurs.

« Ce qui est couvert [en prévoyance], c'est l'incapacité et l'invalidité, mais uniquement pour les cadres. On a aussi un capital décès pour toutes les catégories et on a des rentes de conjoints et d'éducation pour l'ensemble des populations. [Pour quelle raison ?] C'est l'histoire. Parce que ça s'est fait bien avant pour les cadres et manifestement il n'y a pas eu de pression du personnel. On doit dire qu'on a plus aujourd'hui de pressions du personnel sur les problèmes de retraites et sur les problèmes de PERCO qu'on en a en matière de prévoyance. (...) On était prêt, lors des dernières négociations à aller plus loin et notamment à revoir un peu les problèmes de prévoyance, mais comme on ne nous a rien demandé, on s'est dit qu'on discutera de cela un peu plus tard. C'est comme ça, c'est l'histoire qui fait ça » (Responsable direction, chargé de la PSC).

4.2.1. La couverture globale décès

Certaines entreprises n'ont qu'une garantie décès sous forme de capital. D'autres ont ajouté une rente éducation (cas le plus fréquent) ou une rente de conjoint (plus rarement). La pratique optionnelle est très fréquente. Les pratiques peuvent être différentes selon la

catégorie professionnelle : les rentes et rentes conjoints sont plus fréquentes chez les cadres qui bénéficient plus souvent du cumul des trois garanties.²⁷⁶

AGRI : Non uniformes, les contrats de prévoyance sont optionnels. Les garanties « décès » ne distinguent pas selon la situation familiale mais les différentes options permettent de choisir entre le capital décès seul (avec majoration pour enfant) ou capital + rente éducation, ou capital + rente conjoint. Cette dernière option ne concerne toutefois pas le régime 1 « ouvriers et article 36 ». L'écart entre les deux catégories est de l'ordre de 50% en ce qui concerne les capitaux décès. Ainsi dans l'une des options proposées, les capitaux décès garantis représentent 3,6 années de salaire pour les cadres et les commerciaux, et 2,4 pour les non-cadres ; la majoration pour enfant à charge est de 90% dans le premier cas, de 60% dans le second.

AUTO : Toutes les catégories professionnelles sont couvertes mais les régimes différencient les cadres et les agents. La structure de la couverture est toutefois identique : elle est constituée d'un capital décès auquel s'ajoutent une rente éducation et une rente conjoint. Les cotisations sont modulées en fonction des tranches de salaires pour les cadres, uniformes sur la totalité du salaire pour les agents et collaborateurs. La contribution du salarié au régime décès est nulle pour la tranche A, quel que soit le statut. La contribution est partagée à parts égales en ce qui concerne le régime « rentes éducation et rentes conjoint ». Les rentes éducation sont fixées à 10% du salaire (quelle que soit la catégorie professionnelle) mais une disposition spécifique prévoit qu'elles ne doivent pas être inférieures à un montant révisé chaque année. Le capital décès va de 230% du salaire (célibataire sans enfant à charge) à 375 % pour un salarié marié avec un enfant à charge (majoration de 75 % pour enfant à charge) pour les cadres et cotisants cadres. Pour les agents et collaborateurs, le capital décès est fonction de l'ancienneté : 12 mois de salaire pour une ancienneté > 20 ans et 10 mois pour une ancienneté comprise entre 10 et 20 ans. Dans les deux régimes les rentes de conjoints existent sous leurs formes temporaire et viagère.

DIST : Les garanties sont différenciées selon le statut professionnel. L'offre est capital + rente éducation pour les employés et capital + rente conjoint (temporaire) + rente éducation pour les cadres et agents de maîtrise. Les principales différences portent sur le montant des capitaux décès : selon le statut familial, ils sont dans un rapport de 2 à 3 pour respectivement les cadres et les employés. Les rentes de conjoint n'existent sous leur forme temporaire que pour les cadres et les agents de maîtrise.

INFO : Le régime est unique pour l'ensemble des salariés et deux options sont proposées : capital seul ou capital + rente éducation. Un régime plus avantageux en termes de garanties offertes pour couvrir les situations d'invalidité absolue et définitive.

LUX : Les capitaux décès versés sont différents selon le statut (régime catégoriel), mais le schéma est le même. A coût équivalent plusieurs options sont possibles selon la situation familiale (capital décès seul, capital décès + rente éducation, capital décès + rente conjoint, capital décès + rente conjoint et rente éducation), le capital décès peut être versé en cas d'IAD. Les structures des différentes options sont identiques pour les catégories « cadres et agents de maîtrise » et « employés et ouvriers ». L'écart entre les deux catégories est sensible. Ainsi l'option capital décès prévoit, pour un salarié marié que les capitaux décès garantis décès représentent 5 années de salaire (dans la limite de 4 PSS) pour les cadres, et 2,7 pour les non-cadres ; la majoration pour enfant à charge est de 90% dans le premier cas, de 70% dans le second.

PHARMA_Br : En cas du décès du salarié (ou de l'ancien salarié en état d'incapacité ou d'invalidité), et qu'elle qu'en soit la cause (maladie ou accident), le régime professionnel

²⁷⁶ Nous n'avons listé que les garanties les plus habituelles qui peuvent être complétées (rente viagère pour enfant handicapé, allocations complémentaire d'orphelins, par exemple).

conventionnel prévoit, soit le versement d'un capital soit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants de l'assuré, selon le choix du salarié qu'il peut modifier à tout moment. Le régime supplémentaire de PHARMA_A S majore les versements en capital et en rente.

MUTU : La garantie « décès » qui intervient en cas de décès de l'assuré de moins de 75 ans ou en cas d'incapacité absolue et définitive (IAD) comprend le versement d'un capital à 2,9 années de salaire pour les salariés cadres et non-cadres de la tranche A, à 4,15 années de salaires pour les salariés de la tranche B. Les majorations pour enfants à charge sont respectivement de 30 et 100% selon les tranches de salaire. Les rentes éducation (9% du salaire) et les rentes conjoint (viagère et temporaire) sont indifférenciées et non modulées. Des dispositions particulières complètent ce tableau de garanties (rente viagère pour enfant handicapé, allocations complémentaire d'orphelins).

TRANS : La couverture décès ne prévoit qu'une option : le versement en capital. Le capital versé est calculé sur la base du salaire annuel, et dépend de la situation et de la composition familiale : ½ année pour un salarié sans enfant à charge, 1 année pour les couples et pour les salariés avec un enfant à charge. 30% de majoration par enfant à charge.

4.2.2. Les garanties incapacité et invalidité

Du fait de l'empilement de trois niveaux d'obligation – celle de la Sécurité sociale de base, celle de l'employeur dans le cadre de la loi de mensualisation, celles de l'organisme de prévoyance complémentaire – et de l'expression hétérogène des garanties, l'assurance incapacité-invalidité est un risque complexe à analyser en comparatif. L'indemnisation des arrêts de travail notamment, n'a pas fait l'objet d'une analyse très approfondie qui aurait permis de différencier les entreprises de l'échantillon, selon un critère qui aurait pu être le taux de remplacement. Nous nous limitons à la présentation des caractéristiques essentielles des différents régimes observés.

AGRO : Les garanties sont différentes pour les cadres et les non-cadres. Les garanties complémentaires prévues en cas d'incapacité de travail sont déterminées en incluant les prestations de sécurité sociale : elles vont de 80 à 90 % du salaire pour les non cadres et sont assorties d'une franchise de 90 jours ; pour les cadres et les commerciaux, elles atteignent de 90 à 100% du salaire (salaire annuel net de charges sociales) mais la franchise est la même. L'expression des garanties est identique pour l'incapacité de travail et pour l'invalidité permanente, en ce qui concerne les catégories 2 et 3. Les prestations de Sécurité sociale sont exclues dans les garanties de la catégorie 1 d'invalidité (taux d'invalidité fonctionnelle \geq 66%) : elles vont de 48 à 54% pour les ouvriers, de 54 à 60% pour les cadres et les commerciaux).

AUTO : Seuls les cadres et assimilés sont couverts par un régime d'entreprise. Après l'expiration de la période de complément du salaire à 100% par l'entreprise, dont la durée varie en fonction de l'ancienneté, et à compter du 181^{ème} jour d'arrêt de travail, le salarié cadre reçoit 75% de son salaire brut. Cette indemnité inclut les indemnités de Sécurité sociale ; elle est versée pendant 3 ans maximum après le début de l'arrêt (et tant que dure l'état d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale). Une allocation viagère d'invalidité est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale. En cas d'incapacité d'exercer une activité professionnelle, l'allocation s'élève à 75% de la totalité du salaire (plafonné TA+TB, sous déduction de la pension de la Sécurité sociale) ; à 45 % lorsque le salarié peut exercer une activité professionnelle réduite.

DIST : En cas d'arrêt de travail, DIST intervient à 100% pendant les 3 premiers jours dans certaines conditions :

« Aujourd’hui, que l’on soit employé, agent de maîtrise ou cadre, on a une prise en charge de l’arrêt de travail après 6 mois d’ancienneté, dès le premier jour pour l’encadrement, et pour tous les employés, on n’a que 3 jours de carence, voire zéro. On prend 100 % du financement. Dès le 1^{er} jour, voire le 3^{ème}. Pourquoi cette distinction ? Pour ne pas multiplier les arrêts et les coûts pour les entreprises, pour toutes les personnes [de statut employé] qui n’ont pas eu d’absences dans les 12 mois, les 3 premiers jours sont pris en charge à 100 % par DIST (...) pour l’encadrement il n’y a pas cette référence aux arrêts précédents ».

A partir du 3^{ème} jour, pour garantir tout ou partie du salaire, l’entreprise complète ces indemnités pendant une durée qui varie en fonction de l’ancienneté dans l’entreprise. A l’issue de cette période, la garantie incapacité de travail prend le relais. Versée par l’assureur, elle permet de compenser en partie la perte de salaire. Les taux de remplacement sont quasiment identiques pour les trois groupes professionnels,

LUX : Les garanties sont équivalentes pour les cadres et les non-cadres. Les garanties complémentaires prévues en cas d’incapacité de travail sont déterminées en incluant les prestations de sécurité sociale : elles s’élèvent à 85% (dans la limite de 8 plafonds) et sont assorties d’une franchise de 90 jours. Non différenciées selon les catégories de la sécurité sociale, les rentes d’invalidité couvrent 85% du salaire.

MUTU : En cas d’arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d’ordre professionnel ou non, les organismes assureurs versent des indemnités journalières représentant 80% du salaire de référence, le total ne pouvant excéder le salaire net d’activité. Les indemnités sont versées à partir du 91^{ème} jour d’arrêt de travail à l’issue d’une franchise de 90 jours d’arrêt de travail, continu ou discontinu. Les garanties viennent en complément des prestations de la Sécurité sociale. En cas d’invalidité ou d’incapacité permanente professionnelle d’un taux supérieur à 33% concernant l’assuré de moins de 60 ans, les assurances versent une rente complémentaire, permettant, en incluant les prestations de Sécurité sociale, de retrouver l’intégralité du salaire, le total perçu ne pouvant excéder le salaire net d’activité.

PHARMA_A : En incapacité temporaire complète de travail, le salarié perçoit des indemnités journalières égales à 30% du salaire limité au PSS et 80% du salaire supérieur au PSS. L’ancienneté joue sur la franchise : 4^{ème} jour d’arrêt pour les salariés ayant plus de 1 an d’ancienneté, 91^{ème} jour pour les salariés ayant moins de 1 an d’ancienneté à la date du début de l’arrêt de travail. En état d’incapacité totale de travail et recevant à ce titre, de la sécurité sociale, une pension d’invalidité de la 2^{ème} ou de la 3^{ème} catégorie, le salarié assuré perçoit une rente annuelle dont le montant somme 30% de la base annuelle des garanties sous plafond et 80% de cette même base pour la partie supérieure au plafond. Cette rente est réduite de 25% pour le salarié en état d’invalidité partielle et qui perçoit de la sécurité sociale une pension d’invalidité dite de première catégorie.

4.2.3. « Règles de décision » : recherche de flexibilité, harmonisation des garanties et contrôle des coûts

La recherche de flexibilité concerne le volet « décès » des contrats de prévoyance collective. Dans ce cas, la pratique la mieux représentée dans notre échantillon est celle qui privilégie les contrats de prévoyance optionnels. La flexibilité permet d’organiser une architecture de garanties tendant à répondre au mieux aux attentes des salariés évolutives le long du cycle de vie.

« Chacune des options représente une même valeur. Il y aura plus de capital décès dans une option ; dans la deuxième il y aura moins de capital décès mais plus de rente éducation – option pour un couple avec des enfants en bas âge. Dans l’option C, on est plus sur un célibataire avec la possibilité d’avoir un capital en cas de deuxième catégorie au niveau du décès et d’être

indemnisé à 100% du net en cas de maladie. Dans l'option D, on est plus dans la rente de veuve, rente de conjoint qui compense le fait que si le titulaire décède, l'épouse peut ne pas bénéficier de rente de réversion. Donc les gens choisissent leur option et ils peuvent changer quand il y a un événement familial quelconque, naissance d'un enfant, divorce, mariage. Ils peuvent également changer tous les trois ans sans motif particulier (trois ans à partir du départ du contrat, donc la prochaine ce sera au 1^{er} janvier 2008). Le but c'est par exemple d'éviter d'avoir l'option B alors que le dernier des enfants à charge est en fin d'étude, ce qui ne serait pas très intéressant. La possibilité de changer permet alors de revenir sur l'option A (...) On a toutefois mis en place quelque chose d'intéressant parce qu'on a une modulation tout au long de la carrière qui permet de toujours avoir une couverture qui correspond à sa situation personnelle. C'est ça que je juge important. On a quelque chose qui est très équilibré ... on est jeune, sans enfant, on a du capital ; on se marie, on a des enfants, on a des rentes éducation ; et puis après on est proche de la retraite, on a des rentes de conjoint. Il y a toujours une option qui correspond à sa situation » (Responsable direction, AGRO)

Est également bien représentée dans notre échantillon, la pratique qui amène à proposer un régime de prévoyance à l'ensemble des salariés. L'harmonisation des garanties n'est cependant pas généralisée. Les garanties des non cadres sont le plus souvent en retrait : d'une part, le montant des capitaux décès garantis le capital décès des cadres est supérieur de 50% en moyenne à celui des employés ou des ouvriers, d'autre part, la rente conjoint est moins diffusée chez les non-cadres alors que la rente éducation est, quant à elle, offerte plus également entre les groupes professionnels. Entre les entreprises, même si la plupart entrent dans la catégorie « haut de gamme », les différences sont sensibles.

Le contrôle des coûts est le premier motif de révision des contrats : soit parce qu'au cours du temps et de la sédimentation des avantages négociés, certaines garanties sont devenues exagérément généreuses, c'est le cas d'INFO, soit parce la sinistralité a tendance à augmenter (DIST). La rationalisation passe alors par le réajustement à la baisse des garanties les plus coûteuses qui peut s'accompagner du rééquilibrage entre différentes garanties.

INFO : « On était chez X et au 1^{er} janvier 2005 on a changé. C'est X qui nous a remercié. On avait un régime qui était très haut de gamme – on ne prendra que l'exemple du décès : c'était 600 % du salaire. Là, l'assureur ne s'y retrouvait pas. Pendant longtemps, il nous a sollicité « ce serait bien de faire quelque chose ». Ce n'était pas le sujet de préoccupation prioritaire de l'entreprise. Mais il est arrivé, ce qui est rare, que l'assureur nous dise, fin 2004, 'on met fin au contrat' (...) plus ils nous ont dit : si vous faites un AO, nous ne sommes pas décidés à y participer. Aujourd'hui, les capitaux décès sont divisés par 2. On est revenu à quelque chose qui est plus standard. (...) On a demandé à notre courtier quel était le standard et on s'en est approché. Ça a été bien expliqué. Beaucoup ont bien vu qu'on était sur quelque chose d'anormal. Au taux de cotisation de 0,895, un capital-décès à 600 %, ça n'existe pas. On nous demandait 3,75 fois la cotisation existante pour garantir un tel taux. (...) Ce qu'on a conservé, [c'est la diversité des risques couverts] on est couvert 365 jours par quel que soit l'endroit où on est. (...). Ce qu'on changera certainement, si l'on veut rester à un niveau de couverture raisonnable. Il vaut mieux couvrir le risque raisonnable de chacun que les excès de quelques uns. (INFO, Directeur des Affaires sociales)

« Le contrat des cadres était bénéficiaire. Le contrat des employés était déficitaire. En fait c'est le taux d'absentéisme qui a explosé, comme dans beaucoup d'entreprises. (...) On a expliqué aux salariés quel était le coût de l'absentéisme, que ces arrêts de travail ils y avaient droit mais que ça avait un coût. (...) Sur les contrats de prévoyance, on s'est mis d'accord avec l'assureur pour baisser un peu la garantie incapacité qui était pratiquement à 90 % maintien de salaire sur l'incapacité, maintenant on est à 80 % du salaire net que l'on soit employé ou cadre. On n'avait pas encore tout uniformisé, aujourd'hui, on doit être à peu près aux mêmes niveaux en maintien de salaire. Et on s'est dit que la rente viagère qui coûtait fort cher dans le contrat, si elle était supprimée, elle libérerait [des ressources]. Les partenaires étaient d'accord pour supprimer la viagère mais pas la temporaire. Mais finalement on a eu un consensus, y compris de l'encadrement, avec l'argument que la garantie doit être en phase avec son temps. Autant cette garantie collait bien avec la sociologie des années 60 ... l'homme au travail, la femme à la maison ... autant aujourd'hui avec la nouvelle sociologie de la famille, on avait une garantie qui

[Les partenaires] étaient assez d'accord pour dire, on préfère au bénéfice d'une non-augmentation de la cotisation pour l'ensemble, abandonner cette garantie-là. C'étaient toutes les familles de DIST, de la catégorie des employés qui allaient bénéficier d'une non-hausse de cotisations (DIST, Direction des ressources humaines).

*

* *

L'économie des contrats de prévoyance, concernant les risques invalidité et incapacité notamment, est un problème sensible dans les entreprises. Pour l'analyser en profondeur, il aurait été nécessaire de disposer des comptes de résultat sur longue période qui auraient permis d'apprécier les dérives de sinistralité qui sont dans le domaine relativement bien connues, à défaut d'être bien mesurées : forte augmentation des indemnités journalières entre 2000 et 2003 – ce qui semble avoir été le cas de DIST – puis baisse au moins jusqu'en 2006, d'une part, « instrumentalisation » de l'assurance invalidité pour ne pas avoir recours au licenciement ou pour « gérer les fins de carrière », d'autre part. Il aurait été également nécessaire de pouvoir apprécier les modes de gestion du risque tant du point de vue des entreprises que de celui des assureurs. La complexité du risque invalidité, incapacité ne tient pas seulement qu'au « maquis » de l'expression des garanties : il joue très certainement un rôle dans la régulation du marché du travail, celui notamment des travailleurs âgés.

Section 5. La retraite supplémentaire

Dans le cadre de contrats collectifs d'entreprise, les salariés peuvent avoir accès à deux types de produits de retraite supplémentaire, les régimes à prestations définies (« article 39 ») ou les régimes à cotisations définies (« article 83 ») ainsi qu'à un dispositif d'épargne salariale (le PERCO).²⁷⁷ Si les « articles 39 » sont en recul, les produits « article 83 » sont bien diffusés : la DREES estimait entre 2,3 et 2,5 millions le nombre de salariés couverts par ce dispositif de retraite par lequel l'employeur s'engage vis-à-vis du salarié sur un niveau de financement, le financement patronal pouvant être complété d'une contribution salariale. Le même recensement estimait à 102.000 le nombre de salariés ayant souscrit un PERCO, dispositif qui permet au salarié de se constituer sa propre épargne qui, éventuellement abondée par l'employeur, lui permettra de bénéficier à la retraite d'une rente viagère ou d'une sortie en capital.²⁷⁸

Comment se positionnent les entreprises de l'échantillon ? Divercement. Certaines ont fermé les régimes « article 39 », au motif le plus souvent de leur moindre compétitivité sociale et fiscale (AGRO) ; en revanche AUTO l'a conservé (5.1). D'autres ont ouvert ou viennent d'ouvrir un régime « article 83 » (LUX, MUTU). Trois entreprises ont mis en place un PERCO (AUTO, AGRO et PHARMA_A).

²⁷⁷ cf. supra, 1^{ère} partie, chapitre 1

²⁷⁸ N. AUGRIS « L'épargne retraite en 2005 », *DREES Etudes et résultats*, n° 585, juillet 2007.

5.1. Régime à prestations définies « article 39 »

L'entreprise AUTO assure intégralement le financement d'un régime de retraite supplémentaire qui s'adresse à l'ensemble du personnel (cadre et non cadre) sous un certain nombre de conditions : avoir obtenu la liquidation de sa retraite à la Sécurité sociale, être présent dans l'entreprise au moment du départ à la retraite et avoir une ancienneté minimum de 10 ans. À ces conditions, s'ajoute la clause du taux de remplacement brut inférieur à 55 % qui signifie que la retraite supplémentaire, ajoutée aux autres retraites calculées sur la base d'une liquidation à taux plein, ne peut avoir pour effet de porter l'ensemble des retraites au-delà de 55 % de la moyenne des deux dernières de salaire brut non plafonné. Les retraites étrangères sont prises en compte dans le calcul, mais ne sont pas comptées comme pensions les rentes constituées à titre individuel et facultatif, de même que sont exclues pour l'appréciation de la limite des 55 % les majorations pour enfants versées par les régimes de retraite. Sous certaines conditions, les invalides et les préretraités peuvent bénéficier du régime.

En cas de décès du retraité, la pension du régime supplémentaire est réversible en faveur du conjoint survivant à hauteur de 60 % des droits du conjoint décédé. Il n'est pas prévu de réversion en cas de décès en activité. La gestion financière du régime est confiée à deux assureurs et la gestion administrative à été confié au groupe de prévoyance dont font partie les caisses de retraite complémentaires. La rente est payée par le gestionnaire administratif. Lorsque la rente annuelle est inférieure à 300 €, le paiement de la retraite donne lieu au versement d'un capital.

Ce régime s'apparente à un régime à prestations définies dans sa version « différentielle ». Il s'agit en effet pour AUTO de répondre à une obligation de résultats exprimée ici en écart à couvrir entre les pensions perçues aux 1^{er} et 2^{ème} piliers et un taux cible de remplacement. Comme les régimes à prestations définies, cette garantie supplémentaire de retraite n'est accordée qu'en cas de présence effective dans l'entreprise le jour du départ à la retraite, sous condition de présence dans l'entreprise. Le plus généralement, ces avantages ne sont versés qu'à un nombre limité de cadres dirigeants, et constituent une forme de rémunération différée, fidélisante à long terme. AUTO en fait un usage non discriminant et, comme on l'a vu, prend à sa charge la totalité de son financement. Mais il s'agit d'un type de promesse qui dépend du rythme de progression des autres formes de retraite, avec l'incertitude que l'on sait sur le rythme de leurs reflux respectifs. L'importance des sommes en jeu et le fait que l'entreprise reste le responsable final des excédents ou de l'insuffisance des moyens de couverture de l'engagement de long terme, font que les entreprises externalisent en général cette promesse sous forme d'un contrat collectif d'assurance ou de fonds de pension. C'est la première option qui a été choisie par AUTO.

5.2. Régimes à cotisations définies « Article 83 »

5.2.1. L'exemple de MUTU

A l'initiative de la direction, un régime de retraite supplémentaire à cotisations définies « article 83 » a été mis en place pour les salariés de MUTU par un accord collectif signé en 2007. Dès lors qu'ils totalisent un an d'ancienneté dans l'entreprise, tous les salariés sont obligatoirement affiliés à ce régime d'entreprise.

« La retraite supplémentaire n'est jamais venue dans nos discussions à l'initiative des représentants syndicaux. A la différence de la complémentaire santé. Peut-être y-a-t'il une explication à cela : les représentants syndicaux sont majoritairement employés dans le secteur commercial. Ils connaissent bien la problématique de la couverture santé, ils maîtrisent la

technicité du sujet. C'est sans doute plus facile pour eux d'amener et de conduire les négociations sur ce terrain. L'analyse que nous avons faite, au niveau du comité de direction est qu'il est intéressant de contrer l'érosion des niveaux de retraite à la diminution des taux de remplacement. Certes ce sont les cadres qui sont les premiers menacés mais il ne nous paraissait pas souhaitable de ne pas respecter une règle d'égalité sur ce sujet - tous les salariés en bénéficient et il est normal que l'employeur prenne une part de la cotisation. Pour l'instant la cotisation est faible. Elle sera probablement amenée à évoluer.» (Directeur MUTU).

Le financement est conjoint, assuré par l'employeur et le salarié pendant toute la durée du contrat de travail, y compris pendant les périodes de suspension, quelles qu'en soient les causes. La cotisation est fixée à 1 % de la partie du salaire inférieure ou égale au PMSS en vigueur le jour de son versement : les 4/5 sont à la charge de l'employeur.

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère, au plus tôt au moment de la liquidation de la retraite légale de la sécurité sociale. Lorsque les montants acquis sont très faibles, les droits peuvent être liquidés en capital en conformité avec la loi. Le transfert individuel des comptes des salariés quittant l'entreprise avant liquidation de leur retraite est possible au bénéfice d'un régime de même nature et sur demande expresse du salarié.

5.2.2. L'exemple de LUX

Le dispositif de retraite supplémentaire, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2002, est un régime à cotisations définies, collectif et obligatoire. Subsiste toutefois pour les salariés remplissant certaines conditions (droits eu régime vieillesse de la sécurité sociale liquidés, carrière achevée au sein du groupe et ancienneté de cinq années minimum) un régime de retraite supplémentaire à prestations définies financé intégralement par l'employeur, apportant une prestation pouvant atteindre 15% du dernier salaire de base.

La contribution de l'employeur au régime obligatoire est de 95 % pour les salariés de 55 ans et plus, de 90% pour les salariés âgés de 50 à 54 ans et de 85% pour les autres.

Les cotisations varient en fonction de la catégorie professionnelle du salarié (Employé/ouvrier, Agent de maîtrise, Cadre), la tranche d'âge et l'ancienneté (entrée avant ou après juillet 1952). Cette différenciation selon trois critères conduit à 42 taux qui se situent dans un rapport de 1 à 45. La complexité d'un tel système de cotisations est le reflet des compromis rendus nécessaires par l'harmonisation des régimes de retraite existants dans les différentes entités qui se regroupent juridiquement en 2001, tous les établissements n'étant pas au même niveau et l'option ayant été prise de se caler sur le régime le plus favorable. En tout état de cause, ce régime de retraite supplémentaire devra évoluer. Pour deux raisons. La première, est que les taux de cotisation différenciés selon des critères d'âge et de d'ancienneté sont considérés comme « discriminatoires » et ne peuvent pas ouvrir aux déductions sociales et fiscales. La deuxième est en lien avec le nouveau traitement social et fiscal :

« [Ce] régime de retraite va évoluer, pourquoi ? Parce qu'il y a de nouveaux plafonds sociaux et fiscaux qui sont apparus depuis 2 ans, avec les deux réformes cumulées qui font qu'aujourd'hui on va être amené à pratiquer ce qu'on appelle des réintégrations de fiscalisation ; donc le régime va se transformer et passer d'un régime très favorable à un régime plus défavorable pour les plus hautes cotisations, [ce qui ne présente] aucun intérêt donc on va le faire évoluer. Comme les plafonds ont été abaissés, on a calculé qu'il nous faudrait réintégrer une centaine de personnes (aujourd'hui 10 seulement) donc ce n'est pas tenable ... on ne va pas transformer quelque chose d'avantageux en quelque chose de désavantageux pour les gens. On va donc faire des redistributions qui seront peut-être plus équitables. On va voir comment on procède. On a jusqu'à 2008 pour faire évoluer le régime » (Responsable Gestion Ressources Humaines, entretien).

5.2.3. L'élaboration d'un régime de retraite supplémentaire chez DIST

Ce volet de la PSCE est en cours de définition et les projets de la direction n'ont pas encore été soumis aux partenaires sociaux. Aujourd'hui les salariés de DIST ne bénéficient pas de régimes de retraite supplémentaire. En revanche, l'entreprise a fait le choix pionnier d'une politique de « partage des fruits de l'entreprise » via l'intéressement, la participation et l'actionnariat salarié dans laquelle l'épargne volontaire a été constamment promue et valorisée. Toutefois, de façon symétrique au raisonnement qui prévaut en prévoyance, la diminution des taux de remplacement offerts par les régimes de base et complémentaires place l'ensemble des partenaires devant de nouvelles responsabilités.

« Sur les retraites, on a eu une analyse qui n'est pas aujourd'hui complètement aboutie. Chez DIST, il n'y a jamais eu de retraite supplémentaire – sauf pour les cadres dirigeants [qui ont bénéficié d'une] retraite « chapeau » arrêtée dans les années 90. Sans doute parce qu'on avait une population très jeune. Et surtout parce qu'on a un actionnariat d'entreprise et un Fonds Commun de Placement, qui fait des plus-values depuis 1977. Notre objectif est qu'un salarié ait au moins 1 an de salaire dans ce fonds. Aujourd'hui 35 % des salariés y sont. Et c'est vrai qu'avec des plus-values importantes et croissantes les salariés ont toujours privilégié l'épargne (qui est dans la culture de l'entreprise) plutôt que l'épargne « forcée ». Maintenant l'entreprise arrive à maturité et puis il y a la loi FILLON qui a fait comprendre aux gens la problématique des retraites. Cette loi, on l'a bien étudiée et on s'est dit que s'il y avait une relative sécurité pour les employés, ce n'était pas le cas pour les cadres. Si nous devons faire quelque chose – mais on n'a pas encore abordé cette question avec les partenaires -, ce serait pour les cadres. Mais de toute façon, on doit avoir pour la retraite, la même démarche que celle que nous avons eue en santé et en prévoyance car les dispositifs existants ne suffiront plus.

Le principe de la mise en place d'un dispositif de retraite supplémentaire, comme moyen de remédier à la dégradation du taux de remplacement, étant acquis pour les cadres, DIST doit arbitrer entre plusieurs options possibles sachant que le dispositif retenu a) devra être attractif pour une population plutôt jeune, b) aura à trouver sa place par rapport à l'actionnariat salarié. A ce stade de la réflexion, l'orientation prise par la direction est plutôt en faveur de dispositifs de retraite supplémentaire (« article 83 » et éventuellement « article 39 » pour les cadres dirigeants) préférés à de l'épargne salariale à horizon retraite (PERCO), jugé peu cohérent avec le plan d'actionnariat salarié.

« Ceci posé, quel genre de dispositif mettre en place ? Mais quel type de système mettre en place, sachant qu'on a toujours cotisé au maximum sur la tranche B des régimes obligatoires, mais au taux minimum sur la tranche A. On a étudié les produits qui existent en matière d'épargne salariale, notamment le PERCO. On s'est dit, c'est un bon produit mais qui n'est pas compatible avec notre actionnariat salarié. L'intérêt du PERCO, c'est l'abondement employeur. Je me mets à la place d'un jeune ... quel est l'intérêt pour lui de bloquer son argent pendant 30 ans alors qu'on a, nous, un plan d'épargne entreprise bloqué sur 5 ans, l'intérêt c'est l'abondement employeur. Mais le PERCO ne peut accepter plus de 5% en titres de l'entreprise. Vous imaginez qu'une entreprise qui développe l'actionnariat salarié, c'est-à-dire qui a une politique d'attachement à l'entreprise, pourrait inciter les salariés à bloquer de l'argent dans un fonds dans lequel ses propres titres seraient au minimum ?! Les salariés ne comprendraient pas. On ne fait pas chez DIST de l'épargne salariale (...), nous on fait de l'actionnariat salarié (...) Donc on a mis le PERCO de côté et on s'oriente vers quelque chose de plus classique qui serait un art 83. Art 39 on n'a pas complètement renoncé, ça fidélise beaucoup, mais ce serait plutôt réservé aux cadres dirigeants. Tout ça reste très confidentiel, les discussions n'ont pas encore commencé. Mais on partirait sur un article 83, sachant que l'intérêt en termes de présentation, est qu'il s'agit clairement d'un volet supplémentaire au complémentaire existant. Ça ne se mélange pas avec l'épargne salariale. L'autre intérêt que j'y vois, c'est que c'est une cotisation obligatoire qui nous permet de faire passer le message comme en prévoyance “ Vous n'y pensez pas, mais il est nécessaire d'y penser et l'entreprise a sa part à prendre dans ce complémentaire”. La grande difficulté que j'y vois est qu'on a une population jeune. Et quand on a 20 ans on n'a pas les

mêmes projets de vie qu'à 40 ans. C'est là qu'il ne faut pas se tromper. Retirer 1 à 2% de salaire à quelqu'un qui est en début de carrière, ce n'est pas évident. Pour lui, l'important c'est le net à payer, l'important c'est d'accéder à la propriété et d'y mettre sa famille. Moi, j'avais demandé à l'ACOSS si on pouvait faire cotiser en fonction de l'âge. L'idée était de dire : on fait cotiser à 2 si le salarié commence à 20 ans, à 4 s'il commence à 40 ans par exemple, de façon à avoir au final égalité de traitement, par rapport à un taux de remplacement cible. On ne peut pas ! Donc, on va travailler de manière plus classique sur les tranches de salaire. Par exemple pour un cadre qui débute, la tranche B est pratiquement inexistante, donc on peut envisager un système où l'employeur prend à sa charge 100% de la cotisation TA, à 1% par ex ; par contre la cotisation est plus élevée sur la TB (3% par exemple) mais avec des contributions 50/50. Cet article bien sûr, il faut le négocier avec les partenaires sociaux, mais on va le faire assez vite parce qu'on est aujourd'hui un peu démunis en la matière. D'autres ont déjà ce système, nous nous ne l'avons pas. »

5.3. Épargne retraite

5.3.1. L'exemple d'AUTO

Pour AUTO, l'épargne salariale répond clairement à un objectif de retraite. En 2006 a été mis en place un PERCO. Rappelons qu'un PERCO (Plan d'Épargne Retraite Collectif) est un dispositif d'épargne à long terme souscrit par une entreprise pour le compte de ses salariés. Il fonctionne en capitalisation ; les versements du salarié peuvent être abondés par l'entreprise. Il bénéficie d'un régime fiscal avantageux : l'abondement de l'entreprise et les versements issus directement de l'intéressement collectif et/ou de la participation sont exonérés de cotisations sociales sauf CSG/CRDS et ne sont pas soumis à l'impôt sur le revenu.

L'accord qui a été négocié au sein de l'entreprise AUTO a rendu l'adhésion libre et facultative pour tous les salariés justifiant d'une durée minimum d'ancienneté de 3 mois. Sous réserve que le total des versements volontaires ne dépasse pas, par année civile, le quart de la rémunération annuelle brute, le PERCO peut être alimenté par :

- des versements volontaires librement déterminés,
- le versement de l'intéressement,
- le versement de la participation,
- le transfert des droits affectés au compte épargne temps,
- le transfert des avoirs détenus dans un plan d'épargne d'entreprise.

L'entreprise prend à sa charge les frais de tenue de compte des salariés adhérents mais pas ceux des anciens salariés retraités ou ayant quitté l'entreprise. En ce qui concerne l'abondement versé par l'entreprise, l'accord stipule que :

« L'entreprise augmentera les versements volontaires librement déterminés des salariés [tels que définis dans l'accord] d'un abondement, dont le montant et les modalités de répartition seront négociés entre les parties, chaque année, par la voie d'un accord collectif à durée déterminée, indépendant du présent accord. Il est rappelé que l'abondement ne peut excéder le triple des versements effectués par le salarié et est soumis aux dispositions de l'article L443-7 du code du travail. Il s'impute par ailleurs sur le montant soumis à cotisations de retraite et de prévoyance exonéré des charges sociales dans les limites prévues par la législation. » (Accord de 2006 portant sur les modalités d'abondement 2006 du PERCO)

Pour 2006, le montant maximum de l'abondement a été fixé à un maximum de 2 millions d'€ :

« Sous réserve d'un accord entre les parties pour chacun des deux exercices à venir et à condition que la situation économique de l'entreprise le permette, AUTO s'engage à ce que le montant de l'abondement initial de 2 millions d'€ versé par l'entreprise, pour la période d'application du présent accord, soit majoré d'au moins 50 % au plus tard pour l'exercice civil 2008. » (Accord de 2006 portant sur les modalités d'abondement 2006 du PERCO)

Il est fonction de l'âge et des versements effectués et conçu pour privilégier les agents en début de carrière et les faibles versements.

Le dispositif prévoit en outre d'appliquer un ensemble de règles de versement dans le cas où le montant des abondements à verser s'avérerait supérieur au montant global défini pour l'exercice en cours. Le montant global de l'abondement serait d'abord réparti prioritairement sur la première tranche de versements de façon à ce que les versements les plus modestes puissent en bénéficier. Si le montant global n'est pas saturé par la validation et l'abondement complet des premières tranches, les versements de la deuxième tranche sont examinés. Si en revanche, le montant global est atteint avant de satisfaire tous les versements de la première tranche, alors la valeur de la tranche, et donc des versements correspondants, est réduite jusqu'à ce que l'abondement total tienne dans l'enveloppe. Cette mécanique un peu complexe, et originale au regard des pratiques, s'explique par la nécessité de point de vue de l'entreprise de raisonner en « boucle fermée ».

« Pourquoi on n'abonde que les versements programmés ? Tout simplement parce que ...bon, on dit la mutuelle c'est 5 millions 5, mais avant on payait 3 millions ... cette année pour le PERCO, ça va être 3 millions aussi ... donc, on essaye toujours de travailler en boucle fermée. C'est-à-dire que l'entreprise dit : 'cette année le budget d'abondement sera au maximum de tant'. »

Quatre modalités de sortie du PERCO sont possibles :

- sortie en capital en une seule fois : la somme correspondant à la totalité des avoirs (capital et plus values) est versée en une seule fois au moment de la retraite
- sortie en capital en plusieurs fois ; c'est l'adhérent qui décide du montant et du nombre de versements,
- sous la forme d'une rente calculée sur la base de la totalité des avoirs
- sortie « mixte » avec une partie des avoirs en rente et une partie en capital.

Un tiers environ de la population fait des versements volontaires, « ce qui dans une population qui est très ouvrière, est relativement important », compte tenu du fait que les taux de remplacement pour la catégorie des agents n'est pas « catastrophique » et du fait également qu'une fraction importante de l'effectif ouvrier de l'entreprise est déjà « propriétaire » (Entretien avec le responsable de la direction).

5.3.2. L'exemple de la branche pharmacie

L'accord de juin 2007 n'a porté que sur la prévoyance, au sens large. La retraite supplémentaire n'entrait pas alors dans le champ de négociation conventionnelle.

« Sur la retraite, on n'a rien de très spécifique sauf que depuis les accords de 2003, on a deux caisses de retraite MORNAY pour l'ARRCO et D&O pour l'AGIRC. Hormis ça, on n'a rien. Les entreprises ont, elles, mis en place dans les années 83 des sur-complémentaires, des PERCO par exemple. Aujourd'hui on a 1 entreprise sur 2 (les plus grosses) qui ont un art. 83 pour leurs cadres et on a quelques entreprises qui ont des PERCO pour l'ensemble de leurs salariés ».

A priori, la retraite supplémentaire semble être un chantier d'entreprise plus que de branche – de fait PHARMA_A a été l'une des premières entreprises à avoir mis en place un PERCO et à utiliser ce modèle pour introduire une forme d'épargne santé-retraite (*cf. supra*) – . Il n'y pas de

volonté, de la part de la chambre patronale, de cadrer de façon plus systématique au niveau de la branche la problématique de la retraite supplémentaire, du moins sur le modèle de la prévoyance.

« Non en ce qui concerne l'art 83. On a essayé au niveau de la branche de négocier un PERCO-I avec les syndicats en 2004. Ils voulaient un abondement obligatoire de l'entreprise, on n'a pas signé. Les entreprises ne voulaient plus entrer dans un système comme celui de la prévoyance obligatoire. Pourquoi ? Il faut bien voir qu'aujourd'hui, nos entreprises sont majoritairement des entreprises étrangères et les étrangers ne comprennent pas notre système de retraite. Pour eux, on a deux étages : la CNAV et le système complémentaire. Pourquoi un 3^{ème} étage puisque vous avez déjà un complémentaire. Eux ils ont un système de base et ils mettent en place un deuxième étage ... mais ils considèrent que cela a déjà été fait. C'est toute la question de la pédagogie du DRH français vis-à-vis du DRH de la maison-mère ... il a un mal fou à vendre le 3^{ème} étage (...) Tout ça pour dire que lorsqu'on a voulu mettre le PERCO-I en place, les entreprises ont dit OK mais de façon facultative. Et là les syndicats ont dit non, il faut un abondement obligatoire. Aujourd'hui, les syndicats aimeraient qu'on revienne sur cet accord mais on ne sera pas sur un système obligatoire comme on l'a fait pour la prévoyance parce qu'avec la prévoyance on touche à la santé des gens et donc il y a un côté « marketing, image » vendeur, qu'il n'y a pas sur la retraite. Et puis la retraite, quand ici au LEEM, aux jeunes collaborateurs, on parle art. 83, on parle chinois. Ils ne palpent pas. Les frais de santé, ils voient ce que ça coûte. La retraite aujourd'hui, ce n'est pas vendeur pour les salariés. »

5.3.3. L'exemple d'AGRO

Jusqu'en 2002, tous les salariés d'AGRO, quelle que soit leur catégorie professionnelle bénéficiaient d'un système de retraite à prestations définies, sous la forme d'un régime différentiel. L'entreprise s'était engagée sur un niveau global de retraite, intégrant les pensions versées par les régimes obligatoires et/ou supplémentaires. L'effectif bénéficiaire s'élève à 150 et il est estimé qu'une centaine de personnes pourront en bénéficier, sachant que pour ce type de régime, le versement de la pension est conditionné à la présence du salarié dans l'entreprise lors du départ à la retraite.

« On a eu, en un temps, quelque chose qui n'existe plus aujourd'hui, ne serait-ce que sous la forme d'un groupe fermé, qui s'appelait un régime chapeau, régime chapeau qui contrairement à beaucoup de sociétés, concernait l'intégralité de la population. La plupart du temps, en effet le régime chapeau ne concerne que les cadres supérieurs. C'est un régime chapeau qui offrait un % de ressources au moment de la retraite correspondant uniquement à la période AGRO. L'idée était que si on n'avait pas, pour 30 ans d'ancienneté, acquis 50% de droits à retraite bruts, l'entreprise complétait. C'était 1,67% par année pendant 30 ans (soit 50,10) + 1% par année au-delà de 30 ans c'est-à-dire qu'une personne qui avait 40 ans avait 60,10% de garanties. S'il n'y avait pas alors c'était une pension société viagère reversée pour 60% sur la tête du conjoint. »

Ce régime a été fermé au 1^{er} janvier 2002, pour tous ceux qui avaient moins de 50 ans à cette date, il a été remplacé par un PPESV puis par un PERCO

« On était en étude sur un régime supplémentaire de retraite depuis déjà environ 3 ans puisque après avoir bouclé notre analyse sur la prévoyance, on s'était attaqué à ce problème de retraite supplémentaire. Parce qu'on était vraiment conscients qu'il y aurait des difficultés pour les personnes qui partiraient et qu'il fallait à tout prix trouver quelque chose. Ce n'était pas facile parce qu'on retombait toujours dans l'article 39, dans l'article 83 avec des courbes concernant les taux de remplacement toujours descendantes ... avec aussi le fait que plus on a un salaire élevé moins le % est important. Bien sûr, tout est relatif par rapport aux montants dont on part, mais on a bien une dégradation nette des régimes de retraite, qui a commencé au milieu des années 90, qui s'est certes un peu stabilisée aujourd'hui, mais on sait qu'on ne pourra pas rester en l'état pendant de nombreuses années. C'est donc toute cette problématique de la gestion des régimes de retraite qui nous avait amenés à faire cette étude, dont j'ai souligné la difficulté. C'est pourquoi on a eu la chance de voir apparaître le PPESV qui a été remplacé par le PERCO ...

donc nous avons le PERCO dans je dirais 80% des sociétés du groupe. C'est ce PERCO qui se substitue au régime chapeau pour tous ceux qui avaient moins de 50 ans au 1^{er} janvier 2002, ce qui leur laissait le temps de se constituer quelque chose de relativement conséquent jusqu'à 60 ans en matière de capital ou de rente. »

Le taux de cotisation pour le salarié est de 0,5 % de la TA, de 3% pour les salaires supérieurs à la TA ; l'abondement employeur est 1,5 % pour TA et 3 % pour le salaire supérieurs à la TA, dans la limite des 5170€.

« Contractuellement, on a évalué à 5 plafonds la limite concernant l'abondement pour limiter à 5 plafonds la cotisation du salarié. Donc c'est volontaire, on rentre quand on veut, on sort quand on veut, ce qui est appréciable. Il y a un conseil de surveillance qui suit de près les placements financiers concernant ce PERCO. Comme c'est un outil de retraite les placements sont fonction de l'âge du salarié »

Les négociations ont été faciles, en raison « d'un abondement relativement intéressant » et du caractère facultatif. Il est estimé que 70% des salariés y ont adhéré, d'autant plus facilement que le PERCO lève la contrainte de la présence dans l'entreprise au moment du départ de l'entreprise pour bénéficier des avantages acquis.

En dehors de ce régime de base qui concerne l'ensemble des salariés, un régime spécifique pour les très hauts salaires, a été mis en place, selon une logique d'harmonisation entre les différentes filiales du groupe.

« Pour la retraite supplémentaire, nous avons également mis en place un régime qui ne concerne que les très hauts salaires, c'est-à-dire, puisque nous sommes dans la convention collective de la chimie, les coefficients 880 et plus. Parce qu'on avait besoin d'être en accord avec les *policies* AGRO à l'échelon mondial selon lesquelles l'employeur doit cotiser au minimum à 10% sur l'ensemble du salaire. C'est vrai sur la tranche A avec la cotisation sociale et l'ARRCO, c'est toujours vrai en tranche B avec l'AGIRC où on cotise à 12,5, c'est vrai en tranche C, puisqu'on est deux fois à 11,25. Par contre au-delà en tranche D, plus rien. Donc on a mis en place un régime à cotisations définies, pour une tranche comprise entre 8 et 13 plafonds. En effet après 13 plafonds, on des réintégrations fiscales ».

*

* *

Trois constats ressortent de l'examen de ce volet de la PSCE. D'une part, les entreprises de l'échantillon ne sont pas restées insensibles à l'encouragement des pouvoirs publics et à l'incitation socio-fiscale. D'autre part, l'effort consenti par l'employeur peut, dans certains cas, être élevé. Enfin, si la diffusion de ces nouveaux produits continue de participer à une logique de différenciation entre les cadres, ou les professionnels stratégiques, et les autres salariés c'est de façon moins nette qu'auparavant lorsque la mise en place des retraites chapeaux constituaient un avantage de rémunération spécifiquement accordé aux cadres.

Section 6. L'organisation de la PSCE

Si les entreprises de l'échantillon exhibent différentes manières de faire la protection sociale complémentaire, elles l'organisent également différemment (6.1). Les choix effectués illustrent les points problématiques que nous avons posés précédemment qui tiennent à la nature particulière des relations qui caractérise la PSCE (6.2).

6.1. Les types d'organisation possible de la PSCE

Sous l'angle juridique, la PSCE s'insère dans un schéma triangulaire fait de trois relations :

- a) relation entre l'employeur et le salarié : l'employeur prend un engagement propre avec le salarié et cet engagement s'inscrit dans le contrat individuel de travail,
- b) relation entre l'employeur et l'assureur : c'est une relation commerciale qui relève de la liberté contractuelle,
- c) relation entre l'assureur et le salarié : le droit du salarié dépend du rapport juridique entre l'assureur et l'entreprise, c'est un rapport « protégé » par un ensemble de dispositions législatives et réglementaires.

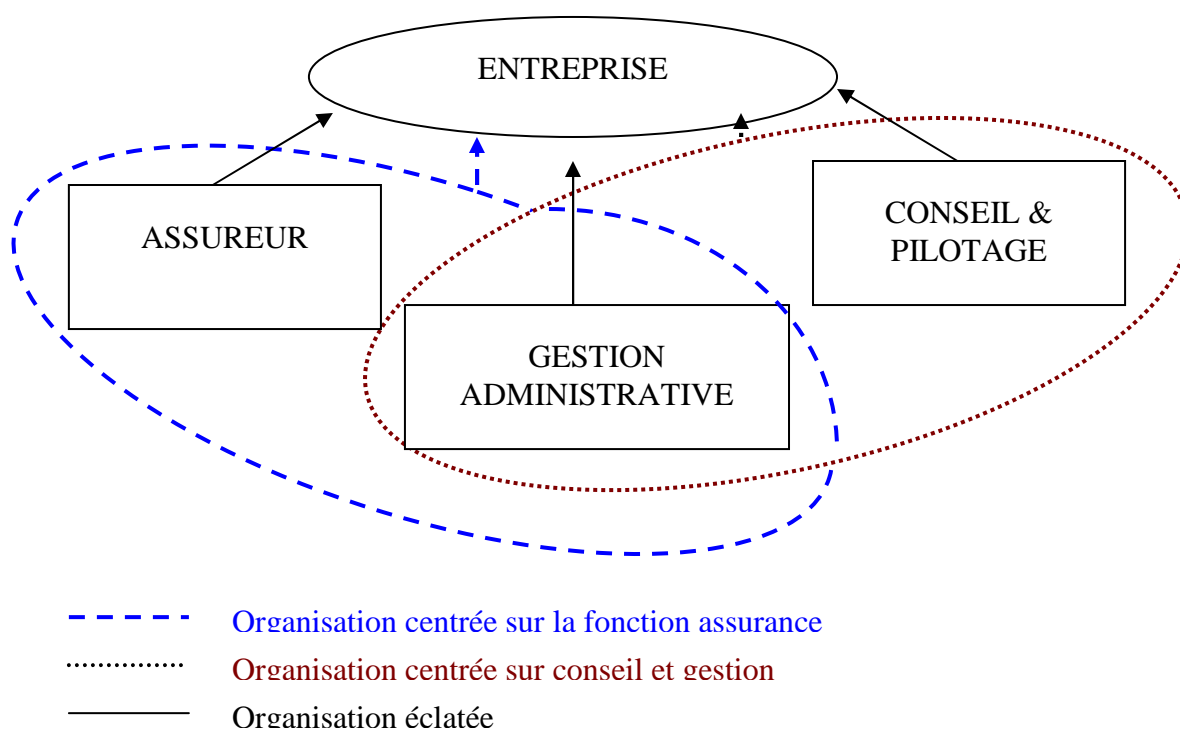
Sous l'angle organisationnel/opérationnel, on distingue différents modèles :²⁷⁹

- a) Le modèle « mutuelle d'entreprise » : les fonctions d'assurance et de gestion administrative sont internalisées dans l'entreprise ;
- b) Le modèle « opérateur externe » : la fonction d'assurance est exercée par une institution de prévoyance, une compagnie d'assurance ou une mutuelle mais l'entreprise se fait « assister » pour trois fonctions support : le conseil, la gestion administrative, le pilotage, sachant que la fonction gestion administrative du contrat peut être assumée par l'assureur ou déléguée à un tiers et que la fonction « conseil » et « assistance au pilotage » ne peut être assumée que par un organisme tiers par rapport à l'assureur.

En conséquence, on peut observer trois types d'organisation :

- a) Organisation éclatée se caractérise par une stricte séparation des rôles : l'entreprise « garde la main » sur l'ensemble du processus de décision parce qu'elle choisit ses différents prestataires, qui n'ont a priori pas de lien entre eux.
- b) Organisation centrée sur la fonction « assurance » : c'est l'assureur qui a la responsabilité de la gestion administrative de la PSCE, l'entreprise a délégué la fonction protection sociale.
- c) Organisation centrée sur la « gestion » : la gestion et les différentes dimensions du pilotage (objectifs, moyens, contrôle de l'utilisation des moyens) sont confiées à un tiers. C'est là, dans la fusion du conseil et de la gestion que l'on trouve les courtiers.

²⁷⁹ *L'Argus de l'Assurance*, n° 6764, décembre 2001



6.2. Les choix d'organisation : par risque, plutôt paritaire, plutôt intermédiée, plutôt stable

De façon générale, les différents risques sont assurés par des organismes différents, les choix dominants privilégient les mutuelles ou les institutions de prévoyance en prévoyance santé, les institutions paritaires en prévoyance et les sociétés d'assurance dans le domaine des retraites supplémentaires. En un sens, notre échantillon est le reflet des grandes lignes de partage du marché entre les grandes familles d'opérateurs.

Le modèle « mutuelle d'entreprise » est représenté par deux cas AUTO et INFO. Comme on l'a vu (*cf. supra, chapitre 3*) c'est un modèle fragilisé. La mise en place en France des directives assurances fait que le problème des fonds propres devient désormais un problème majeur pour ces mutuelles qui doivent être en mesure de répondre aux exigences prudentielles. Il en résulte un bouleversement important du monde mutualiste avec la disparition des mutuelles les plus petites ou leur adossement à des mutuelles plus importantes, mouvement accompagné par de très nombreuses fusions de mutuelles. INFO est illustratif de cette problématique. Nous avons longuement exposé dans la *section 3*, consacrée à l'évolution de la couverture santé des retraités, la séquence des choix qui avaient abouti à substituer à la mutuelle d'entreprise une institution de prévoyance. Nous n'y revenons pas. En revanche l'entreprise AUTO, confrontée à la même problématique – mutuelle historique, contribution patronale à la couverture santé des retraités – a fait le choix orthogonal de garder la première et, au moins à titre provisoire, maintenir la seconde. Nous avançons ici l'hypothèse que l'externalisation de la fonction donne à l'entreprise une plus grande flexibilité pour les choix et décisions futures.

Le modèle assurantiel est peu présent. On le trouve chez LUX en prévoyance santé sur l'un des établissements, en prévoyance lourde pour l'ensemble du groupe. On le trouve également chez AGRO, tant en prévoyance lourde qu'en santé. L'orientation paritaire dominante est à mettre en

relation avec les modalités de mise en place des régimes qui, pour la plupart, sont issues d'un processus de négociation collective. AGRO, qui est la seule entreprise de l'échantillon dans laquelle le régime a été mis en place par référendum est aussi celle qui a fait le choix de l'assureur commercial. En revanche, TRANS qui a eu recours à la décision unilatérale assure en frais de soins l'ensemble des ses salariés (par des régimes différents) auprès d'une institution de prévoyance.

Intéressante à relever est la fréquence du courtage (dans sa double fonction de gestion et de conseil), non moins intéressante à analyser la façon dont est débattue la question de l'opportunité d'introduire ou non une gestion intermédiée et dont est évoquée la question des conflits d'intérêt.

Toutes les entreprises sauf MUTU et ADMI ont recours à un courtier, au moins en tant que ressource stratégique pour la gestion et/ou le conseil. Pour certaines, il s'agit d'une « concession », pour d'autres d'un choix revendiqué pour son efficacité. Dans certains cas sur lesquels nous insistons ci-dessous, la question des conflits d'intérêt entre assureurs et direction d'entreprise, ou entre assureurs et salariés, est clairement évoquée.

6.2.1. PHARMA_A : indépendance directoriale et managériale revendiquée

L'entreprise PHARMA_A est illustrative d'une indépendance clairement revendiquée et d'une méfiance circonstanciée vis-à-vis de l'intermédiation. Le modèle de gouvernance revendiqué est le modèle à trois acteurs dans lequel l'entreprise entend garder la main. Le poids économique de l'entreprise est ici clairement un atout.

« L'image que nous avons de la PSC c'est le triangle (...). Nous, on veut être indépendants. C'est d'abord la philosophie humaine et stratégique du président qui a été renforcée en disant, on est 100.000 personnes, on a un gros CA et une forte capitalisation boursière, on peut rester indépendant ! »

« Garder la main » cela veut dire maintenir l'unité du lieu, en l'occurrence la direction des ressources humaines, pour la prise des décisions concernant l'assurance complémentaire et, ainsi, la protéger d'une logique financière. Cela veut dire également rester vigilant sur les stratégies des assureurs qui pourraient borner les espaces de choix de l'entreprise.

« La partie assurance de personnes relève de notre service et ne relève pas de la direction des assurances. A chaque fusion, on rapatrie les choses qui sont éparpillées ... au juridique, à la direction des assurances ; le ménage n'est pas encore totalement fait. Les assureurs sont malins, ils font de l'assurance dommage mais y ajoute un peu d'assurance de personne. D'un point de vue économique, on fait la lutte – et ça, c'est dans notre politique – pour avoir des régimes risque par risque. On fait la chasse au package. (...) Les packages, c'est fait pour l'assureur ... [c'est source de] de prestations non versées Et en plus notre dimension éthique est incompréhensible pour un assureur qui fait du package. Les packages sont aussi faits pour être captifs dans un groupe et après on ne peut plus s'en défaire. Nous, on veut être indépendants ». (Direction ressources Humaines, PHARMA_A)

« Garder la main », cela signifie également se protéger des formes d'intermédiation et ne recourir au courtage ou à la délégation de gestion que dans certains cas.

« Dans notre politique, on dit *broker avoided* ... attention on n'a pas dit forbidden. Pourquoi ? Parce qu'on s'est aperçu, de façon pragmatique que nos effectifs RH n'avaient pas la compétence, ni l'histoire des régimes et qu'on allait se priver d'une expertise. (...) L'image que nous avons de la PSC c'est le triangle (...). Les services achat nous aident à les faire sortir, pour

identifier leur plus-value, leurs prestations, leurs coûts ... il y en a qui gèrent la prestation, dans ces cas-là, pas de problème, c'est une prestation de service, mais sur l'autre partie, très opaque, on essaie de les sortir. Mais on a un autre sujet, de dimension éthique, et là aussi qui nous est particulière, en lien avec notre métier, et aussi parce qu'on est très branché « humain », on veut la confidentialité totale des données nominatives de santé et individuelles (statuts matrimoniaux et rémunérations) et c'est vrai que passer par des structures de gestion externes, nous permet de respecter cet engagement là. (...) Là-dessus on est intransigeant. Il ne faut pas qu'il y ait des informations qui puissent traîner. On préfère alors un broker s'il le faut pour protéger les données individuelles». (Direction ressources Humaines, PHARMA_A).

Mais garder la main n'est pas toujours facile, notamment quand il s'agit du choix de l'opérateur. Dans l'organisation du régime supplémentaire, à l'instar du régime de branche, c'est la logique paritaire qui prévaut. L'accord de mai 2007 a confié l'assurance des deux régimes supplémentaires de PHARMA_A, complémentaire santé et décès-invalidité-incapacité à l'APGIS, institution de prévoyance qui en fait également la gestion par l'intermédiaire d'une structure dédiée. Mais ce choix s'avère avoir été « dépendant du chemin » au sens où les choix initiaux en matière de design des régimes de prévoyance et les alliances créées entre les différents acteurs sont tenaces et semblent avoir favorisé la continuité face au changement.

« C'est un jeu d'alliances entre les assureurs, voire entre certains groupes de pression et je mets dans ces groupes de pression les syndicats, les lobbyings d'assurés ... syndicats au sens général du terme, ça peut être dans certains cas une fondation ... et puis ça ne concerne pas que la France. En France, ces alliances jouent beaucoup. Elles nous ont par exemple interdit de déposer un appel d'offres comme on souhaitait le faire. Normalement (...) on doit décrire le design du plan, puis, après on interroge le marché et on prend au mieux-disant. En France, on avait commencé comme ça, on avait même testé un outil d'achat assez moderne. On a été obligé de dire aux syndicats qu'on allait commencer à interroger le marché, dans la mesure où les accords antérieurs étaient dans des accords collectifs, et en fait, ils ont quasiment interdit la poursuite des négociations. Comme on ne pouvait pas mettre en place un nouveau plan autrement que par accord collectif, on a rebroussé chemin, repris le dossier sur le descriptif et de fait, uniquement avec les " providers " sortants (...) » (Direction Ressources Humaines, PHARMA_A).

6.2.2. INFO : ententes et captures dans le montage et la vie des contrats complémentaires

Concernant cette entreprise, nous avons vu plus haut que l'objet initial de la négociation, qui était de rechercher un modèle économique acceptable pour le portage du risque santé des ex-salariés, s'était déplacé à un moment donné vers celui des conditions du maintien de la mutuelle. Ce déplacement avait durci les enjeux de négociation pour les organisations syndicales gestionnaires qui d'étaient trouvés placées dans une logique de « relation », inhabituelle au regard de la logique « de coopération par défaut » qui avait jusqu'alors prévalu. Au point que la négociation avait basculé vers des modalités de discussion beaucoup plus offensives. Cette période avait été propice à l'enclenchement d'une négociation « interne » avec luttes d'influence, recherche d'alliance, dénonciations croisées, appel aux sentiments de méfiance et de confiance.

« Pour [les organisations syndicales], c'était une remise en cause difficile. Nous avons aussi à ce moment essayé de démontrer qu'il n'y avait pas une grande clarté en termes de gestion ... chacun s'est renvoyé ses responsabilités, eux disant "vous avez un siège, si vous n'y venez pas, c'est votre problème, tous les débats sont menés au grand jour" (...) Et petit à petit, on a retourné une partie des interlocuteurs pour dire finalement " ce qui compte, en dehors de tout ce qui nous différencie, c'est que nous cherchons un système de protection maladie le plus convenable pour

les salariés de cette entreprise. C'est ça c'est l'objectif. Tout ce que l'on fait et tous les débats qu'on a n'ont pas d'autre but que d'apporter la meilleure couverture possible aux salariés de l'entreprise. Essayons de nous concentrer sur cet objectif et si vous, quand vous prenez votre casquette de prestataire, vous êtes capable d'offrir un service de qualité, rien ne vous empêche de participer à l'appel d'offres". C'est ce qu'ils ont fait tout en considérant que c'était anormal, qu'ils devaient voir un privilège (...). Ils ont envoyé à tous les salariés un courrier à domicile avec une pétition ... tous les arguments ont été utilisés. On est resté ferme sur cette position (...)

La « non clarté » pointait la confusion des rôles entre les représentants syndicaux jouant ici à la fois comme représentants des salariés et comme gestionnaires de la mutuelle.

Mais la confusion des rôles peut exister sur l'autre côté du triangle, et se nicher dans la relation entre la direction de l'entreprise et l'assureur. Par rapport au schéma qui a prévalu dans la renégociation du contrat santé, c'est un scénario inversé qui se construit dans le champ de la prévoyance lourde, puisque la dénonciation du contrat relève ici de l'initiative de l'organisme assureur. Si la rupture est objectivée sur un point technique de gestion du risque, elle sanctionne en fait une situation « classique » d'intérêts liés entre entreprise et compagnie d'assurance. Au cours du temps, entreprise et assureur se sont en effet entendus pour prolonger leurs relations commerciales sur le terrain du contrat de prévoyance ; cette situation de « marché contre marché » se traduisant par des biais d'attribution et des biais d'allocation. La rupture de la relation commerciale amène *de facto* la rupture du contrat d'assurance.

« Je vais vous expliquer la nature particulière de la relation qu'il y avait entre nous. X est un assureur qui était l'un des premiers clients de INFO et qui a gardé des liens très importants avec l'entreprise ... les deux présidents des deux groupes se rencontraient, décidaient d'un certain nombre de choses dans leur relation commerciale et s'en trouvait modifiée la relation contractuelle que j'avais moi avec mon assureur (...) c'était un contrat difficile à gérer ».

« [Avec X], on est entré dans une logique de couverture de niveau élevée, avec une tarification relativement basse ; ceci dit quand vous arrivez à une situation déficitaire, les centres gestionnaires se posent les questions différemment (...) Ils ont commencé à nous dire, il faut changer les choses. Entre-temps, (...) la relation commerciale [était devenue] d'une autre nature (...) Nous on n'était pas d'accord pour augmenter les cotisations, donc on est allé à terme en disant qu'on rediscuterait à ce moment-là. Eux ont considéré que tout avait entaché de relations commerciales et qu'il serait dorénavant difficile de revenir à une situation normale. Ils ont alors dit "on ne souhaite pas prolonger la relation". Les choses se sont améliorées dans le domaine commercial, mais pas dans le domaine de la prévoyance. [Nous avons demandé à notre courtier Z] de trouver une solution de support en remplacement de X. »

Par contraste avec la relation qu'entretient INFO avec ses assureurs, sa relation avec le courtier en prévoyance lourde, est une relation de long terme : pour l'entreprise INFO, le courtier est un intermédiaire stratégique, au sens où c'est lui qui joue la « partie économique » pour le compte de l'entreprise. Cette relation « à l'épreuve du temps » a-t-elle vocation à s'étendre à l'ensemble du champ de la prévoyance ? Si elle a été envisagée, la question de l'opportunité économique (diminution des coûts de coordination, obtention de gains d'échelle ou de gamme) d'une gouvernance unifiée n'a pas conduit à rassembler des différents segments de la prévoyance auprès d'un seul courtier. C'est la logique du « mieux-disant » relativement à la spécificité du contrat santé qui a conduit INFO à préserver deux systèmes.

« Nous, nous avons une relation historique, très forte, avec le cabinet d'assurance J quand il a été racheté par Z. Nous avons suivi. Ils sont restés notre courtier, notre conseil bancaire ... on a gardé cette relation importante. Mais nous ne leur avons jamais confié la partie prévoyance santé qui était en interne. Ils ont été mis en concurrence mais ils n'ont pas été capables d'y répondre. Nous, on leur a dit "on va vers celui qui offre une qualité de service".

Q : N'y a-t-il pas un intérêt économique à fusionner l'ensemble de la prévoyance dans un contrat avec le même prestataire ?

« On s'est posé la question et certainement, Z l'avait vu sous cet angle, en pensant qu'on les mettait peut-être sous pression pour des raisons commerciales mais qu'il n'y avait pas de risque et que, tout naturellement, la prévoyance santé passerait sous leur responsabilité. Mais on a souhaité une vraie mise en concurrence. Et W a porté son projet d'une façon extrêmement professionnelle, a montré une dynamique commerciale très forte ... ils ont étudié tous nos dossiers, les points forts, les points de faiblesse ... On les a suivis. Mais c'est vrai que la logique pourrait être d'adosser les deux risques ensemble. En outre, on voulait que la négociation sur la mutuelle se passe dans des conditions vraiment bien particulières. On voulait être performant et on n'a pas senti chez notre courtier traditionnel qu'il comprenait la problématique que l'on avait et la façon dont on voulait la gérer. W l'a tout de suite comprise. Et le choix s'est fait en partant de cette capacité d'adhérer à la manière dont on voulait gérer le dossier, pas simplement sous sa dimension technique et économique. [C'était vraiment le « mieux-disant »] qui a compris qu'on ne voulait pas détruire les relations sociales dans lesquelles on était. On se posera peut-être la question de savoir si le fait de réunir les deux risques peut avoir un impact économique. Mais aujourd'hui je dis qu'on joue, non pas sur l'assureur, mais sur le courtier en faisant en sorte que c'est le courtier qui joue la partie économique pour notre compte. La balle est dans son camp et la manière dont il le fait nous convient bien. »

L'étude de cette relation mériterait une analyse et une discussion plus fournie, mais elle incarne assez ce qu'à la suite d'A. Hatchuel²⁸⁰ on peut qualifier de « relation organique » lorsqu'elle est fondée sur une confiance, construite dans la durée sur la base de convergence d'intérêts. On retrouve cette dimension dans l'entreprise DIST.

6.2.3. DIST : organisation centrée sur le conseil et la gestion.

La gouvernance de la PSCE est ici organisée sous forme quadrangulaire. Les organismes assureurs (différents selon les régimes), sont des institutions de prévoyance, les mêmes depuis 1998. Le conseil et la gestion ont été confiés à un cabinet de courtage qui joue un rôle essentiel dans le pilotage de la prévoyance. Ce modèle a été imposé par la direction, le choix de l'externalisation étant justifié par une question d'efficacité.

« Avant nous étions assurés auprès d'une compagnie d'assurance]. Après l'appel d'offres de 1998 qu'on a mené avec [l'entreprise fusionnée], sont arrivés AG2R avec MUGEDIS qui était, je dirai la partie mutuelle, AG2R pour la prévoyance des employés et l'APGIS qui a conservé l'assurance de l'encadrement, le tout réassuré par Mutuelles du Mans et AXA, les deux réassureurs du groupe. On vient de terminer un AO cette année et on gardé le même schéma d'assurance bien qu'on ait consulté plutôt une vingtaine de compagnies.

« C'est le courtier X qui est le gestionnaire. On n'a jamais souhaité prendre les contrats en direct. Quand on est arrivé en 1998, les partenaires nous ont dit, on va prendre tout prendre en direct, on va gérer ça. On leur a répondu : 1. l'entreprise n'a pas forcément cette compétence, le conseil étant je dirais le « regard du marché » et pouvant également placer d'autres risques, 2. on est plus indépendant. En 1997, ça ne passait pas. Aujourd'hui, on vient de refaire l'appel d'offres, ils n'en parlent plus. Ils voient qu'aujourd'hui le courtier apporte un réel conseil. Il a un rôle dans la communication. Comme il est gestionnaire en même temps, il est complètement partie prenante, son bureau pourrait être ici ... il est vrai qu'on est une entreprise de 50.000 personnes. On lui demande d'être là régulièrement, en termes d'examen des comptes, on a 3 à 4 fois par an une réunion avec les partenaires sociaux, dans le cadre du comité de suivi, de la commission des frais de santé qui regardent chaque année, les évolutions, l'état du marché. Dans la commission des frais de santé, il y a 3 personnes par organisations syndicales. Donc aujourd'hui, je crois qu'ils ont intégré le courtier. Avant le courtier était celui qui « piquait du pognon ». Mais si on paye un service de qualité, les partenaires sont d'accord. Et aujourd'hui, le service est là.

Le conseil sait qu'il peut être révoqué du jour au lendemain. Pour le gestionnaire même chose, on a fait un appel d'offres mais c'est la plate-forme de X qui a été maintenue, parce qu'on n'a

²⁸⁰ A. HATCHUEL, « *Les marchés à prescripteurs ...* », *op.cit.* cf. chapitre 5.

pas de remontée négative, de la part des salariées ou autres. Au début, X n'était gestionnaire que des frais médicaux, mais on lui a confié les autres risques parce qu'on avait des difficultés pour obtenir dans les délais certains documents notamment sur les statistiques. Ce qui nous a permis aussi de tout informatiser, y compris dans notre gestion : arrêt de travail, déclaration, adhésion entre ce cabinet gestionnaire et nous. Les assureurs souvent nous donnaient des résultats en disant « nous ne connaissons pas tout, on ne sait pas si tout est déclaré, etc ». Maintenant tout part de la paye, systématiquement et pratiquement tous les 3 jours, comme de l'arrêt de travail découle de la paye, 90 jours puisque l'assuré est couvert en relais de son contrat de prévoyance, au service du personnel plus rien n'est fait et on est complètement certain que toutes les déclarations sont faites en temps et en heure, pratiquement à la journée prêt, pour avoir une gestion précise et complètement intégrée.

Alors que l'approche de l'entreprise INFO portait sur les « valeurs » partagées, utiles dans l'étape de conceptualisation et de problématisation de la construction d'un accord de prévoyance complémentaire, qui de fait a valeur d'un actif spécifique dans les relations internes à l'entreprise, DIST met explicitement en avant la dimension opérationnelle de l'intervention du courtier. Pour DIST cette capacité opérationnelle s'inscrit très clairement dans sa stratégie de communication qui intègre étroitement la gestion. Il est sans doute plus facile pour une entreprise de changer d'organisme assureur, mais sans doute plus compliqué de changer d'organisme gestionnaire puisque la gestion implique un ensemble de tâches chronophages que les directions de personnel n'ont pas obligatoirement envie d'assumer et que les assureurs ont tendance à déléguer.

CHAPITRE 7

Variété et dynamiques des protections sociales complémentaires dans les entreprises

Quels enseignements transversaux pouvons-nous tirer des études de cas rassemblées pour notre analyse des pratiques des entreprises dans le domaine des protections sociales collectives ? Nous essayerons dans un premier temps de typer les processus et les démarches par lesquels les entreprises mettent en œuvre et font vivre leur politique sociale (*Section 1*). Ayant constaté la diversité des modèles (entre continuité et changement, entre innovation et conformation), nous tirerons ensuite quelques enseignements sur les questions qui servent de fil conducteur à notre travail empirique : dans quels termes se pose la question des objectifs à assigner à la PSCE ? Qui tient la « boussole » ? Plus précisément dans quelle mesure les logiques de « rémunération » et de « responsabilité sociale » se concrétisent-elles et comment ? Avec quelles implications pour la gouvernance sociale ? (*Section 2*). Nous concluons en tentant de dégager des types de pratique (*Section 3*).

Section 1. Différents modèles de PSCE

Essayons d'abord de retrouver les configurations et dynamiques singulières de chacune des entreprises étudiées que l'analyse « inter-cas », que nous avons jusqu'à présent privilégiée pour présenter les résultats, nous a fait perdre de vue.

1.1. Des contextes, des architectures et des histoires

Organisation consulaire qui a le statut d'établissement public administratif, ADMI est la seule entité hors secteur concurrentiel de notre panel d'entreprises. C'est le déséquilibre financier du régime de retraite qui a été ici l'élément initiateur d'une réflexion qui démarre en 1996 et débouche en 2005 sur l'abrogation du régime spécial d'assurance vieillesse. Dans un contexte où la croissance soutenue des décennies antérieures s'étiolo, la révision du régime est née de la volonté pour ADMI de maîtriser l'évolution de la partie « différée » de la rémunération globale de ses agents tout en maintenant la contribution patronale au niveau atteint par le régime spécial. C'était la revendication essentielle des représentants des salariés. Le nombre d'acteurs impliqués, la technicité du sujet et les difficultés de négociation expliquent la longueur du processus d'adossement. Sa dimension conflictuelle fut sans doute un élément déterminant de l'effort consenti par l'employeur dans la mise en place des mesures financières d'accompagnement. Simultanément à la disparition du régime spécial, le régime de « prévoyance lourde » est externalisé, les garanties révisées et améliorées avec un taux de cotisation augmenté. La couverture complémentaire santé, assurée par une mutuelle interne, est restée en dehors des changements qui ont affecté les deux autres segments de la PSCE, mais des aménagements sont prévus à l'horizon de 2008

AGRO France, est la filiale française d'un groupe multinational dont la restructuration, en cours, s'inscrit dans le processus de globalisation entamé au cours des années 90 dans le secteur

de l'agro-alimentaire. Les régimes de PSCE, anciens, ont fait l'objet d'une révision à la fin des années 90, anticipant quelque peu, pour la retraite, les lois Fillon (suppression du régime à prestations définies), introduction d'un PERCO ouvert à tous les salariés et d'un régime spécifique pour les cadres dirigeants harmonisé avec les pratiques du groupe dans ses filiales anglo-saxonnes. Le régime « gros risques » a été modifié, sans susciter une implication très forte de la part des salariés. C'est un régime catégoriel, optionnel mis en place par référendum et géré par une compagnie d'assurance en direct avec l'entreprise. Le régime frais de soins est obligatoire et responsable. La cotisation est forfaitaire et fonction de la composition familiale. La question « jusqu'où aller en solidarité horizontale (célibataire/ familles) » a fait débat, débat provisoirement tranché en faveur d'une cotisation croissante avec les charges familiales. A la différence de la prévoyance lourde, le choix de l'organisme assureur est délégué au courtier qui est censé « ramener le meilleur rapport qualité/prix ». Actuellement la complémentaire santé est également assurée auprès d'une société d'assurance.

AUTO est une vieille entreprise industrielle, qui occupe une position forte sur un marché très concentré, avec de fortes barrières à l'entrée. Entreprise de transformation, elle est fortement dépendante du prix des matières premières. La priorité est l'allègement de la structure de coûts. Les réorganisations industrielles s'accompagnent de plans de réduction d'effectifs dans les différents sites. AUTO est une entreprise emblématique du « paternalisme social » du début du siècle. La PSCE répond à des besoins sociaux et si elle ne s'intègre pas une logique d'utilitarisme stratégique, son économie générale fait l'objet d'un pilotage attentif. L'histoire récente a mis le régime santé sur l'agenda des partenaires sociaux qui ont organisé la transformation d'un régime facultatif en régime obligatoire sans remettre en question la mutuelle d'entreprise. La contribution patronale au régime frais de soins des ex-salariés a également été maintenue, mais probablement à titre provisoire. C'est un régime unique, uniforme financé par des cotisations assises sur le salaire qui a, dans la transformation, préservé la solidarité envers les familles. La prévoyance est un régime de base, catégoriel dont la révision ne suscite pas d'implication forte de la part des salariés. Un régime de retraite supplémentaire qui s'apparente à un régime à prestations définies dans sa version « différentielle », ouvert à tous les salariés et financé intégralement par l'employeur a été mis en place depuis plusieurs années. L'épargne salariale vient d'être encouragée sous la forme d'un PERCO.

Entreprise familiale créée il y a une quarantaine d'années et devenue l'un des leaders mondiaux de la grande distribution, le groupe DIST est engagé dans un intense processus de compétition sur les marchés matures et enregistre ses gains de croissance sur les marchés émergents. A l'instar de ses principaux concurrents, il développe une stratégie d'ouverture sur de nouveaux concepts de vente (Internet, formats discount). La gestion des ressources humaines est essentielle dans l'activité de DIST qui met en avant la qualité du service client. En même temps les métiers du commerce offrent de faibles niveaux de rémunération peu attractifs au regard d'autres activités. Le turn-over est élevé et la fixation des salariés est un problème. De ce point de vue, la PSCE n'est que l'une des manifestations de l'effort consenti par l'entreprise pour attirer et fidéliser le personnel, effort qui repose avant tout sur une politique de formation active, sur l'organisation de filières qualifiantes et sur la mobilité. Après avoir longtemps privilégié l'épargne salariale, le modèle de PSCE tend à s'aligner sur les modèles en vigueur chez les concurrents : modèle obligatoire pour la couverture santé, étendu à l'ensemble des catégories professionnelles en prévoyance lourde. En matière de retraite supplémentaire, les discussions sont en cours.

Spécialisée dans le développement, la construction et l'intégration de matériels et de systèmes informatiques, INFO a une histoire « longue et compliquée ». Elle intervient sur un secteur fortement concurrentiel où les positions françaises sont faibles. Ses choix industriels et technologiques la font passer progressivement d'une logique industrielle à une logique de services. La « culture d'entreprise » est en train de changer mais survit un modèle de gestion des ressources humaines dans lequel, la protection complémentaire d'entreprise était un

avantage social. Le dernier épisode de l'entreprise (recapitalisation boursière en 2004) a été l'occasion de revoir les dispositifs sociaux : étaient en jeu le maintien de la mutuelle d'entreprise historique et la poursuite de la contribution patronale au régime frais de soins des retraités. Les décisions prises (abandon de la mutuelle, d'une part, du portage du risque futur, d'autre part) ont représenté des ruptures majeures dans la « gouvernance sociale » de l'entreprise, mais les fondamentaux du régime des salariés ont été préservés : le caractère obligatoire du régime offre une surface de mutualisation importante, la cotisation porte sur une large part du salaire. Le régime de prévoyance a été revu, pas dans son architecture générale qui est celle d'un régime indifférencié à cotisations prises en charge pour moitié par l'employeur, mais sur les garanties, initialement très élevées, qui ont été révisées et calées sur les standards de marché. Pour les deux risques « santé » et « prévoyance, la gestion est intermédiée et le courtier considéré comme un intermédiaire stratégique, au sens où c'est lui qui joue la « partie économique » pour le compte de l'entreprise. INFO n'a pas mis en place de régime de retraite supplémentaire.

L'entreprise LUX, comme le groupe auquel elle appartient, sont spécialisés dans la transformation et le conditionnement de produits de la vigne. Sur ses différents segments d'activité qui relèvent de l'industrie des boissons, le groupe figure parmi les principaux producteurs et distributeurs mondiaux, avec un portefeuille de marques internationales haut de gamme. LUX intervient dans un environnement concurrentiel durci (notamment dans l'accès aux marchés émergents) où sa petite taille n'est pas un atout. C'est une entreprise très ancienne avec une forte « culture d'entreprise », aujourd'hui à la recherche d'une synthèse entre le paternalisme originel et les pratiques modernes de management. La protection sociale complémentaire, dans son évolution, reflète les tensions existant entre ces deux processus *a priori* contradictoires. Le rôle de l'entreprise comme vecteur de distribution de protection sociale complémentaire n'est pas remis en cause mais relève plus que par le passé d'un utilitarisme stratégique (approche rémunération globale, communication et volonté de rendre visible et mesurable la générosité de la politique sociale de l'entreprise).

L'entreprise MUTU est un organisme régi par le Code de la Mutualité créé à la fin des années 60 par regroupement de mutuelles historiques. Elle intervient principalement sur le marché de la complémentaire santé. A partir des années 80, la mutuelle évolue essentiellement par croissance externe, dans un environnement favorable, avant d'être exposée au tournant des années 2000 à des mutations importantes liées à la mise en application du nouveau code, d'une part, à l'intensification concurrentielle sur un marché en profonde restructuration, d'autre part. C'est une entreprise qui comprend plus de 200 salariés constituant un effectif tertiaire, plutôt qualifié et stable. Le régime de prévoyance, système conventionnel de branche, couvre l'intégralité du risque décès, invalidité et incapacité : les garanties assurent de très bons niveaux de remplacement et l'effort contributif patronal est important. La couverture complémentaire santé, actuellement en discussion, est obligatoire pour l'assuré et prise en charge intégralement par l'employeur, elle est facultative pour la famille. Un régime de retraite supplémentaire vient d'être mise en place sous la forme d'un art.83, appelé à évoluer. En tension avec la logique de conformité aux normes de gestion véhiculées par l'environnement externe, la logique de solidarité et la « différence » mutualiste, continuent d'imprimer leur marque sur le dispositif de PSCE. L'ensemble des régimes est généralisé sans segmentation à tous les salariés, avec une participation de l'employeur significative. Très protectrice de la famille en prévoyance lourde, la protection est centrée sur le salarié en prévoyance santé ; le maintien de la solidarité inter-générationnelle fait l'objet d'interrogations.

Compte tenu de l'architecture générale des régimes de prévoyances dans l'industrie pharmaceutique, les régimes de prévoyance et de frais de santé de PHARMA_A interviennent en complément du régime de Sécurité sociale et du régime professionnel conventionnel (RPC) pour les salariés que ce régime couvre. En 2007, ces régimes sur-complémentaires ont fait l'objet d'une renégociation appelée par le souci d'harmoniser les régimes existants dans les

différentes entités du groupe récemment fusionnées. Cette négociation s'est par ailleurs déroulée simultanément à la révision de l'accord collectif de branche. Les enjeux de la négociation ont porté sur la révision du régime santé des ex-salariés. Face aux organisations syndicales qui voulaient pérenniser la solidarité actifs/inactifs, la direction a manifesté sa volonté de sortir d'un régime à prestations définies. La négociation a abouti à un accord qui met en place deux régimes : un régime obligatoire destiné à la couverture des salariés et de leurs ayants-droit, d'un côté, un régime facultatif destiné aux anciens salariés et à certaines personnes liées aux salariés et aux anciens salariés, de l'autre côté. Le caractère novateur de cet accord réside dans le fait qu'il met en place un régime de retraite à cotisations définies dit « santé retraite » gagé auprès d'un organisme assureur sous la forme d'une garantie collective et obligatoire. Cette garantie permet aux salariés assurés ou participants de bénéficier d'une rente viagère réversible, en vue de les aider à financer, à compter de la liquidation de leur retraite, la couverture complémentaire santé mise en place par le groupe pour ses anciens salariés.

TRANS est une entreprise de taille moyenne, de création récente et en progression rapide. Renforcement de l'effectif cadre et lutte contre un turn-over pénalisant au sein de la population des conducteurs, sont les deux traits saillants de la politique de gestion des ressources humaines. Pour autant, pour l'effectif ouvrier, les avantages d'une prévoyance collective ne sont pas considérés, par la direction, comme le moyen d'attirer et de fidéliser une population qui reste attachée au salaire direct. La PSCE est calée sur les minimas de branche en ce qui concerne la prévoyance et la retraite. Elle fait l'objet, en ce qui concerne les frais de soins, d'une attention plus soutenue. En l'état, le régime « frais de soins » est un régime obligatoire avec participation employeur mais c'est un régime segmenté avec, pour les cadres, des prestations haut de gamme et des cotisations financées intégralement par l'employeur.

1.2. Entre « figure imposée » et « innovation », résilience et perturbation

A travers quelle démarche les entreprises mettent-elles en place leurs dispositifs de prévoyance collective ? Sur cette question, on peut distinguer deux formes polaires, dont nous précisons par la suite les aspects concrets : d'une part, le modèle de la « figure imposée », de l'autre le modèle de « l'innovation ». Entre les deux se placent un modèle « perturbé » et un modèle « résilient ».

1.2.1. La « figure imposée »

Le modèle « figure imposée »²⁸¹ s'incarne dans trois entreprises mais il peut s'associer à des formes minimales de protection (TRANS) ou à des formes plus généreuses (AGRO et TRANS).

a) « Minimalisme »

Dans le premier cas, il s'agit de satisfaire à une obligation légale, prudemment et sans volonté particulière de problématiser les protections sociales complémentaires au regard des attentes des salariés ou des besoins de l'entreprise.

De ce point de vue, TRANS est certainement illustrative du comportement des petites entreprises jeunes. En effet, même si avec un effectif de près de 300 salariés, TRANS n'est pas,

²⁸¹ Nous empruntons ces expressions à F. AGGERI, E. PEZET, C. ABRASSART et A. ACQUIER dont l'ouvrage « *Organiser le développement durable* » (Paris : Vuibert, 2005) constitue une lecture extrêmement éclairante pour entrer dans les problématiques complexes autour de la « Responsabilité sociale de l'entreprise ». Leurs analyses des expériences pionnières d'entreprises engagées dans le développement durable des entreprises nous ont aidés à expliciter certaines des interrogations que nous avons avec notre propre matériau d'enquête.

au regard des distinctions statistiques habituelles, une PME, elle en possède certaines caractéristiques : une forte personnalisation autour de son propriétaire-dirigeant, un mode de gestion de type « entrepreneurial », à mi-chemin entre le modèle originel – reprise d’une entreprise familiale par un cadre maison – et un modèle plus « managérial » de pilotage de choix stratégiques dans un marché concurrentiel, une faible spécialisation de l’équipe de direction, des systèmes d’information internes non organisés. La gestion des Ressources Humaines porte la marque du caractère hybride de ce mode de gestion des affaires. Le traitement privilégié des cadres au regard de la politique de prévoyance santé en est un exemple : dans sa phase actuelle de développement, TRANS doit attirer les cadres, afin de recruter les compétences qui permettront de spécialiser l’équipe de direction. Mais il le fait en les « gratifiant » par une rémunération indirecte de haut niveau et, surtout, distinctive vis-à-vis des autres salariés, proche des contrats offerts aux cadres dirigeants des grandes entreprises. En revanche, la protection sociale des conducteurs n’est pas un enjeu de gestion des ressources humaines.

b) « Conservatisme » et modèle généreux

Contrairement à TRANS, AGRO et MUTU allouent à la PSCE des ressources non négligeables, au moins sur les différents segments de la prévoyance. Mais, dans les deux cas, les régimes de PSCE sont des régimes hérités qui évoluent, en restant dans les cadres dessinés par les textes conventionnels fondateurs. Dans les deux cas également, il ne s’agit pas de répondre à une injonction extérieure, mais d’adapter les modèles existants de façon finalement conservatrice. Ce conservatisme se justifie par le sentiment d’avoir un « bon » système de protection, qui résiste bien à l’épreuve de la comparaison avec les concurrents et aux attentes internes à l’entreprise. Ici la « figure imposée » est celle que l’entreprise s’est donnée à un moment de son histoire.

1.2.2. « La figure libre »

A l’opposé, deux entreprises sont dans une dynamique que, par contraste avec la figure imposée, on peut appeler « figure libre ». La PSCE s’inscrit alors dans des schémas par lesquels l’entreprise expérimente des manières spécifiques de faire de la protection sociale.

PHARMA_A appartient à une branche qui a mis en place précocement, dans une logique paritaire, un système quasi-complet de prévoyance collective : « *Notre système de protection complémentaire a été monté en 1964 par une volonté des industriels qui était de dire “puisque nous sommes une industrie de santé, il faut aussi qu’on soit innovant et qu’on prenne notre responsabilité sociale d’entreprise”* ». Cette volonté pionnière d’exemplarité est relayée et revendiquée par PHARMA_A. Nous verrons plus bas comment cette démarche se concrétise dans l’innovation de « produits » et comment les principes de gouvernement, communiqués et pérennisés dans des *guidelines* de bonne pratique, se prolongent par des choix de gouvernance se différenciant des modèles établis.

L’image de la « figure libre » qualifie également l’entreprise DIST dont l’engagement dans la PSCE s’inscrit dans une dynamique longue au cours de laquelle les questions de protection sociale complémentaire ont été progressivement structurées. Les choix ont toutefois toujours été raisonnés au regard d’une « culture d’entreprise », fondée sur la responsabilisation du salarié et qui, historiquement, a plus pondéré la notion d’une prévoyance individuelle et facultative qu’une prévoyance collective et obligatoire et, dans le même esprit, plus l’épargne – via un actionariat salarié pionnier – que des dispositifs d’assurance complémentaire. Cette approche, portée par le fondateur, irrigue la philosophie générale du système de protection. Certes, aujourd’hui, l’architecture des régimes de prévoyance tend à s’aligner sur les modèles en vigueur chez les concurrents, mais l’épargne salariale patrimoniale paraît rester la pierre angulaire de la politique de l’entreprise, dans une logique forte d’implication du personnel et

non « d'avantage social ». La PSCE fait l'objet d'une communication intensive sous la forme de bilans sociaux individualisés, d'une part, de campagnes d'information sur l'environnement social, au sens large donc au-delà des frontières de l'entreprise, d'autre part. Ces campagnes visent à construire l'image « responsabilité sociale » de l'entreprise. Plus qu'innovation de produit comme chez PHARMA_A, l'innovation chez DIST serait une innovation de process.

1.2.3. Les modèles « perturbés » : entre « bifurcation » et « résilience »

Les choix faits en matière de PSCE ne sont pas indépendants des transformations structurelles qui affectent les décisions d'investissement et de production des entreprises. On sait que ces changements ont eu des effets conséquents sur les contrats salariaux.²⁸² Nous examinerons par la suite comment la renégociation des contrats de salaire peut impacter les dispositifs de protection sociale de l'entreprise. Intéressons-nous aux changements que ces transformations structurelles ont pu avoir sur la problématisation de la PSCE dans les entreprises et sur leurs orientations fondamentales.

a) « Bifurcation »

INFO sort d'une longue période de restructurations, ponctuée de changements de propriété, qui laisse apparaître aujourd'hui des positions assainies sur le plan financier mais fragiles au regard de la compétition mondiale. L'incertitude organisationnelle justifie le fait que l'entreprise ne porte plus le risque que présente la contribution de l'employeur au financement d'un régime santé pour ses (nombreux) ex-salariés. Ce désengagement de l'entreprise est l'occasion de revoir le modèle de gouvernance : externalisation du régime de la complémentaire maladie, rationalisation de la gestion et du choix des intermédiaires. Parallèlement, la cohérence d'une protection sociale collective avec une entreprise qui n'a plus rien à voir avec le modèle qui l'a vu ou fait naître, suscite des interrogations.

Il y a indéniablement plus d'éléments de continuité dans la politique de protection sociale complémentaire de l'entreprise LUX. La tradition sociale de l'entreprise est ancienne et les dispositifs construits au cours du temps ont renforcé l'image d'une entreprise responsable. LUX revendique le statut de « petit groupe » familial, fidèle au « pacte social » qui le lie aux salariés, mais il est conduit, dans un environnement hautement compétitif, à ressembler aux unités du marché et à développer une approche sélective des choix en matière de prévoyance et de retraite : l'inscription de la PSCE dans une politique de rémunération sous contrainte d'optimisation sociale et fiscale, une segmentation plus affirmée, une individualisation plus nettement revendiquée, l'autonomisation croissante de la PSCE entre les mains d'expert (direction/prescripteurs) sont les signes d'un modèle « hybride », assez clairement en conversion.

b) « Résilience »

Par contraste, le modèle d'AUTO apparaît plus nettement « résilient ». Deux critères guident le processus d'adaptation des régimes qui réagissent aujourd'hui aux incitations externes (la transformation du régime frais de soins en régime obligatoire, la mise en place d'un PERCO) tout en restant dans le chemin tracé, sans cependant ignorer ce qui se fait « ailleurs » pour y trouver éventuellement des modèles. A la différence de LUX et d'INFO, les dispositions nouvelles viennent sédimenter, plus que transformer, un système qui s'est construit de façon incrémentale et prudente quant aux montants des efforts financiers consentis. D'une part, la réflexion doit s'inscrire dans le long terme et les engagements doivent être mesurés et progressifs : il s'agit de capitaliser les effets d'apprentissage et éviter les irréversibilités dans un environnement instable (« *On a toujours réfléchi à 10 ou 20 ans. Si on veut mettre en place des*

²⁸² J.-L. BEFFA, R. BOYER, J.-P. TOUFFUT « *Les relations salariales en France : Etat, entreprises, marchés financiers* ». Note de la Fondation Saint-Simon, juin 1999.

instruments intelligents, on ne fait pas ça en deux ans, en trois ans ... il faut prendre son élan. Et d'ailleurs, ce qui nous embête très souvent, ce sont les modifications législatives. Ce dont l'entreprise a besoin, c'est d'un peu de stabilité ... si on fait quelque chose, ce n'est pas pour aujourd'hui »). D'autre part, toute décision doit être précédée d'une évaluation de son coût ; en la matière, les décisions ne relèvent pas d'un pari stratégique sur des innovations fondamentales, mais elles ne ressortent pas non plus de la reconduction routinière d'un existant qui serait insensible au renouvellement des besoins des salariés ou aux nouveaux « produits », comme l'épargne santé qui fait l'objet d'un intérêt certain. Dans le domaine de la gestion de la PSCE, le registre de la continuité domine (il s'agit de « *gérer en bon père de famille* ») dans un environnement que l'entreprise sait contraignant.

Section 2. Logique de rémunération, logique de responsabilité sociale, qui décide ?

Ayant constaté la diversité des processus et des démarches avec lesquels les entreprises inscrivent leur action en matière de protection sociale, essayons maintenant de tirer quelques enseignements sur les questions qui servent de fil conducteur à notre travail empirique : dans quels termes se pose la question des objectifs à assigner à la PSCE ? Qui tient la « boussole » ? Plus précisément dans quelle mesure les logiques de « rémunération » et de « responsabilité sociale » se concrétisent-elles et comment ?

2.1. Logique de rémunération

La façon dont la PSCE s'articule à la politique des ressources humaines se présente sous des formes variables. Cette articulation est souvent présentée comme allant de soi. Bien que l'entreprise LUX en soit ici une illustration intéressante, tant dans le discours que dans son instrumentation (2.1.1), cette articulation est toutefois loin d'être évidente (2.1.2).

2.1.1. LUX emblématique de la logique de rémunération

Rappelons le contexte économique dans lequel évolue le groupe depuis quelques années.

LUX se positionne sur les marchés internationaux des boissons et alcools de haut de gamme, marchés qui ont enregistré deux séries de chocs. Au cours de l'année 1997, tout d'abord, une menace très sérieuse a pesé sur la société-mère, confrontée, au « trou d'air » qui a accompagné la crise asiatique et l'effondrement de ce marché en émergence. Ensuite, si à la fin des années 90 les affaires ont repris et, notamment depuis le début des années 2000, avec des marchés à l'exportation ouverts et en expansion, elles ont repris, globalement, y compris pour l'ensemble des maisons concurrentes qui, pour la plupart, ont été intégrées dans de grands groupes. Le groupe LUX a quant à lui choisi de rester indépendant, mais il a néanmoins refondu ses structures en opérant, en 2001, une fusion juridique qui a conduit à une nouvelle gouvernance et à la réorganisation du management. Et surtout, dans ce nouvel environnement concurrentiel, a été élaborée une stratégie plus offensive à l'exportation par la recherche de gains de productivité. L'adaptation de la politique de ressources humaines en est à la fois la conséquence et la condition. Du coup, la place et le rôle de la PSCE sont appelés à changer.

a) Recherche de gains de productivité

Cette préoccupation est cruciale depuis 1997, mais l'année 2004, constitue un tournant dans le redéploiement de la stratégie de concurrence, date à partir de laquelle, l'effort de productivité, relativement indolore dans un premier temps va se déployer de façon de façon plus sévère et se

traduire par des licenciements, inconnus jusqu'alors dans l'histoire de l'entreprise. Si le plan social est la traduction la plus visible de cette réorientation, c'est l'ensemble des pratiques de gestion des ressources humaines qui est simultanément revisité : développement des compétences et rémunération globale sont les deux vecteurs principaux d'une politique qui ne vise pas tant à attirer et à retenir qu'à impliquer l'ensemble des salariés dans la nouvelle stratégie commerciale.

b) Valorisation des compétences et rémunération « globale »

La logique de compétences est au cœur de la « philosophie » du système de rémunération qui repose sur un certain nombre de principes : équité (utiliser des règles et des systèmes harmonisés pour l'ensemble des collaborateurs) et sélectivité (faire évoluer la rémunération des collaborateurs au regard de leur maîtrise du poste). A ces deux principes qui relient explicitement « rémunération » et « compétences », s'ajoute le critère de compétitivité qui conduit à fixer le niveau de salaire en fonction du marché en se basant sur les benchmarks effectués par les cabinets de conseil.

La rémunération « globale » renvoie à un système segmenté. A côté du salaire direct, du 13^{ème} mois et de l'ancienneté, la rémunération individuelle directe inclut une part de rémunération variable liée à la performance individuelle (primes et bonus individuels) et collective (l'intéressement). Les cadres ne bénéficient plus de la prime d'ancienneté et ne bénéficient pas non plus des augmentations générales. En revanche, ils sont associés au développement de l'entreprise par l'intermédiaire d'un actionnariat salarié sous la forme de l'attribution de stocks options ou d'actions gratuites. Une part de la rémunération apparaît sous la forme d'avantages en nature, d'une part, de la constitution d'une épargne de long terme (retraite), d'autre part. Le système de rémunération actuel intègre donc de nombreux éléments, qu'un bilan social individualisé remis au salarié, chiffre annuellement. Cette synthèse intitulée « point sur votre rémunération globale » veut rendre visible, et comparable au regard des données du marché, l'ensemble des éléments qui composent la rémunération et les avantages sociaux des salariés du groupe « *Nos politiques de rémunération variables, individuelles ou collectives, nos choix en matière de prévoyance, et peut-être plus encore, notre système de retraite supplémentaire sont autant d'éléments qui placent notre entreprise dans ce domaine parmi les premières entreprises françaises* ».

c) PSCE = rémunération : se conformer ...?

L'introduction du bilan social individualisé constitue une rupture pour une entreprise qui avait toujours considéré qu'offrir une protection complémentaire était un droit pour le salarié, « *un devoir absolu pour l'employeur vis-à-vis de ses salariés* » et qu'en aucun cas, cet « *avantage dû* » ne devait faire l'objet d'une valorisation au titre de la rémunération « *On souhaite, nous, maintenir ce niveau de protection, mais en mettant en face le coût qui y est associé. Si un jour, le coût devient trop prohibitif, il faudra peut-être solliciter les salariés ... mais au moins il faut être transparent là-dessus, ne pas leur faire croire que c'est un dû – c'est un engagement de l'entreprise certes, mais ce n'est pas un dû – et le valoriser de façon très claire* ».

La PSCE est devenue clairement une composante de la rémunération et participe de fait à la politique salariale de LUX. Ceci est conforme à l'une de nos hypothèses de départ. En revanche, la PSCE ne s'insère pas dans une politique de gestion des flux de main d'œuvre. On a vu qu'une politique de fidélisation n'est pas, pour l'entreprise, une option stratégique aujourd'hui, si tant est qu'elle n'ait jamais existé (le marché local semble avoir toujours bien répondu aux besoins en qualifications et compétences), l'option prioritaire est plutôt le développement de l'employabilité « externe ». La politique de rémunération en direction des cadres, particulièrement, est pensée davantage pour motiver que pour garder des compétences-clefs stratégiques. De ce point de vue toutefois, la marge de manœuvre de LUX est étroite. En premier lieu, l'entreprise est soumise aux contraintes d'un marché fortement concurrentiel qui la conduit à se caler sur des standards de productivité : sa politique de rémunération emprunte

désormais, nous l'avons vu, aux pratiques en vigueur qui tendent à relier de plus en plus étroitement la rémunération à la performance. Ensuite, elle exerce son activité dans le secteur de luxe où les standards de rémunération, directe ou indirecte, sont traditionnellement élevés ; ces standards jouent en quelque sorte le rôle de « norme collective ». Par ailleurs, reste normalisante la fidélité attachée par l'entreprise au « pacte social », avatar contemporain du paternalisme traditionnel de LUX.

L'entreprise semble ainsi prise dans un double isomorphisme, concurrentiel, d'une part, « (endo)culturel », d'autre part.²⁸³ Mais la recherche d'une synthèse entre le paternalisme originel et les pratiques modernes d'un management incitatif ne va pas sans tensions, du moins sans divergences d'appréciation. L'isomorphisme culturel est clairement revendiqué par l'entreprise : le benchmark systématique qui positionne « l'effort » de LUX au regard de la moyenne du marché en est une illustration, en même temps que s'observent les éléments récurrents d'un discours managérial attentif à rappeler la pérennité du pacte social qui lie l'entreprise à ses salariés. Pour les salariés interrogés (cadre CFE-CGC et ouvrier CGT), du moins à travers la représentation qu'en donne le délégué syndical cadre, c'est le premier qui semble aujourd'hui être le plus structurant de la politique de rémunération. L'hypothèse que l'on peut poser, à cette étape du développement de l'entreprise, est que cette « tension » est à mettre au compte de l'évolution du modèle initial, qu'à la suite de S. Barthe²⁸⁴ on peut appeler « d'investissement mutuel » (mobilisation de toutes les pratiques possibles de la rémunération globale à des fins de motivation et de satisfaction des salariés dans un environnement décisionnel décentralisé et partagé) vers un modèle « quasi-spot » (dans lequel les rémunérations individualisées prennent le pas, contrepartie économique de la performance mesurées sur les résultats dans un environnement décisionnel centralisé).

Au regard d'une telle évolution, toutes les composantes de la PSCE ne sont pas amenées à jouer le même rôle. Les processus de décision en témoignent : centralisés et intermédiés, pour la retraite et la prévoyance, décentralisés au niveau des établissements pour la couverture complémentaire santé. L'optimisation sociale et fiscale des différentes composantes de la PSCE est un enjeu crucial du pilotage du régime. C'est pourquoi l'élévation des plafonds d'exonération sociale et de déductibilité fiscale, consécutive aux réformes de 2003/2004 impose aujourd'hui à l'entreprise de revisiter son régime de retraite supplémentaire et de se doter de nouveaux outils de pilotage. Segmentée, une politique qui fait de la PSCE une composante de la rémunération est aussi une politique instrumentée.

d) Ou se différencier ?

Pour notre interlocuteur de la branche pharmaceutique, la logique qui insère la PSCE dans les politiques de rémunération des entreprises ne relève pas, comme on vient de le voir chez LUX, de la conformation aux pratiques de référence mais de la différenciation. En arrière-plan, est exprimée l'idée que les rationnements prévisibles sur le marché du travail qualifié vont engendrer des mécanismes de concurrence sociale. Le gagnant sera celui qui pourra construire, à travers des stratégies de rémunération adaptées, un avantage concurrentiel. « *Aujourd'hui, la sur-complémentaire fait partie intégrante de la politique de rémunération des labos. Très clairement. C'est aujourd'hui un élément de la politique de rémunération et c'est un élément de fidélisation du salarié, surtout dans un contexte dans lequel on va se trouver, c'est-à-dire avec des départs massifs à la retraite ... c'est vraiment un élément de recrutement ... pour le salarié* »

²⁸³ Nous reprenons l'analyse de A. MENDEZ « GRH, mutations économiques et innovations technologiques : vers une globalisation de la gestion des ressources humaines ? » *Cahiers Français*, 2006, n° 333, pp 38- 43.

²⁸⁴ S. BARTHE (2004) *La contribution des systèmes de rémunération à l'avantage concurrentiel par les ressources humaines : une étude empirique auprès d'une population de cadres d'entreprises du secteur marchand non agricole*. Thèse de Doctorat, Université des Sciences Sociales de Toulouse, op cit.

c'est un choix. A poste identique dans deux entreprises, on voit bien qu'au deuxième ou troisième entretien, le salarié va demander "qu'est-ce qu'il y a en terme de protection sociale au niveau de l'entreprise". Les salariés sont sensibilisés à cela aujourd'hui. Il y a une valorisation très forte de la "mutuelle" et plus ça va, plus c'est le cas. Dans les années à venir, on va voir arriver, j'en suis persuadé, d'autres offres qui vont s'ajouter aux frais de santé, par exemple l'accompagnement pour les personnes âgées. Il y a une volonté très forte de la part des salariés et de leurs organisations syndicales d'aller vers un panier plus large concernant le complémentaire ».

Une PSCE de bon niveau et « communiquée » joue donc comme un « label », la source d'une différenciation concurrentielle qu'il faut protéger. En conséquence, les projets de rendre obligatoire la complémentaire santé en entreprise (au moment de l'enquête, les partenaires sociaux étaient invités à négocier un accord national interprofessionnel en ce sens) étaient vus comme tarissant logiquement cet avantage stratégique « *Dès lors que tout est lissé tout, il faudra forcément pousser d'un cran au-dessus notre politique de différenciation* ».

2.1.2. Logique de rémunération de la PSCE ? ... pas si sûr

Par contraste, d'autres entreprises témoignent d'une prise de distance vis-à-vis de l'approche qui ferait de la PSCE une composante de la rémunération globale et de celle-ci une composante stratégique du développement de l'entreprise. En cohérence avec ce discours distant, on ne trouve pas trace dans ces entreprises de régimes différenciés selon le statut, on ne trouve pas trace non plus de régimes facultatifs.

L'argument développé par MUTU est qu'en prévoyance, les couvertures complémentaires sont assez largement répandues, du fait notamment de la double activité au sein des couples. Si « offrir » n'est pas source d'un avantage comparatif, en revanche ne pas « offrir » peut être un vrai désavantage. C'est la raison pour laquelle, l'entreprise « vend » son système de protection complémentaire, dont elle sait qu'il est de très bon niveau en prévoyance, de même qu'elle vend les tickets restaurants et autres avantages, mais elle n'est pas certaine que ce soit cet aspect qui est « acheté » par les candidats. D'autant que les salariés apparaissent très sensibles au différentiel qu'ils relèvent entre le salaire brut, qui est négocié à l'embauche, et le salaire net, ce qui reste une fois retirées les cotisations sociales et les cotisations des complémentaires. « *Notre bonne protection a un coût pour le salarié ! Je suis persuadé que ce qui attire, c'est le salaire direct et que ce qui fidélise c'est l'intérêt du poste, l'environnement de travail et l'esprit mutualiste qui reste une valeur. Peut-être que l'offre retraite que nous venons de mettre en place aura un impact auprès des cadres. Peut-être ... ce que je ressens plutôt, à partir de mon expérience de recrutements des cadres, c'est que les avantages en nature, plus différenciants, semblent présenter plus d'intérêt pour cette catégorie de salariés.* »

L'analyse que mène INFO n'est pas très éloignée de la précédente, mais elle met en avant l'importance ressentie d'un effet générationnel qui jouerait à la fois sur les représentations et sur les préférences des jeunes salariés, tendant in fine à aligner leurs revendications en faveur du « tout salaire » « *Les jeunes qui nous rejoignent, c'est à 95 % dans les activités de service, ce sont des gens qui n'ont pas trop ce genre de préoccupations ... leur problème n'est pas de faire carrière dans l'entreprise mais de travailler sur un projet qui, lui, va venir enrichir leur CV. C'est ça qui compte pour eux, c'est d'enrichir leur propre carrière. L'essentiel des gens qu'on recrute, ce sont des gens qui vont sortir dans les 3 à 5 ans qui viennent. Tout ce qui les intéresse, c'est le cash immédiat. L'intérêt dans le contrat, c'est le salaire direct et ce sur quoi je vais travailler, ce qui sera valorisant pour mon CV. Ça, ça a de la valeur* ».

Une rémunération attractive est celle dont la composante directe est immédiatement valorisable par le salarié. On retrouve cette notion dans l'approche de l'entreprise TRANS pour ce qui concerne l'effectif ouvrier-chauffeur. En revanche, la mise en place du régime frais de soins

pour les cadres (très bonnes prestations, prise en charge intégrale de la cotisation employeur) participe nettement d'une politique différenciante, le régime frais de soins jouant sans doute comme une rétribution symbolique valorisant le statut de cadre dans une entreprise qui en compte peu mais qui sait devoir renforcer son encadrement.

2.2. La logique de « responsabilité » sociale

Nombreuses sont les entreprises à inscrire leurs démarches dans la tradition sociale de l'entreprise ou à avoir rappelé l'engagement personnel du fondateur. La question de la filiation entre le patronage volontaire et la « responsabilité sociale d'entreprise » n'est pas une question simple. Nous nous limitons à rendre compte de deux cas d'entreprises, AUTO que nous avons qualifiée de modèle « résilient » et PHARMA_A que nous avons rattachée à la « figure libre ».

2.2.1. PSCE et paternalisme patronal

Deux entreprises ont spontanément rattaché la protection sociale sous ses formes complémentaires contemporaine à une tradition héritée lointaine de paternalisme patronal AUTO et LUX. Nous venons de voir comment au sein de l'entreprise LUX, ce modèle hérité entraine en tension avec l'utilitarisme stratégique d'une entreprise renouvelant son management des ressources humaines.

La protection sociale complémentaire est chez AUTO inscrite dans la tradition de cette entreprise manufacturière. Au discours qui rappelle cette continuité, correspondent des pratiques progressivement forgées au cours de l'histoire, pratiques qui ont construit un dispositif complet d'avantages complémentaires en prévoyance et en retraite. Le paternalisme de la première heure survit dans l'esprit des actions de prévoyance collective (« *nous avons gardé notre ancienne habitude de protéger nos salariés ... aujourd'hui par exemple, je reçois tous nos salariés avant qu'ils ne partent en retraite, aujourd'hui quand un salarié décède, la veuve est là dans l'heure qui suit et on regarde si on peut l'aider* »), mais le moteur n'est pas le même. Au XIX^e siècle, il s'agissait pour l'entreprise de se substituer à un Etat défaillant, aujourd'hui l'approche est de compléter des dispositifs obligatoires incomplets et de compenser l'effacement relatif de l'acteur public en assurance retraite et en assurance maladie. De fait, la dynamique de la PSCE trouve sa source davantage à l'extérieur de l'entreprise qu'à l'intérieur ; les dispositifs évoluent sous le jeu notamment des incitations et réglementations, mais à partir des savoir-faire constitués dans l'entreprise.

Comme nous l'avons vu, le registre de la continuité domine dans le domaine de la gestion de la PSCE : il s'agit de « *gérer en bon père de famille* ». A la différence du modèle historique du paternalisme, le modèle de « responsabilité sociale » semble toutefois être abordé prudemment par l'entreprise, non seulement parce que l'enfermement dans un rôle institutionnalisé, n'est pas parfaitement compatible avec la logique d'apprentissage volontaire qui sous-tend sa culture sociale, mais aussi parce qu'il est potentiellement coûteux. Dans cette perspective, là où prévalait initialement dans les limites de l'entreprise, une stricte logique « domestique », la pratique de « responsabilité sociale » repose sur la recherche, dans un environnement incitatif et contraignant nouveau, d'un équilibre entre la réponse aux besoins, la capacité à payer et la préservation de marges d'autonomie nécessaires pour gérer, dans la durée, la politique sociale de l'entreprise.

2.2.2. PHARMA_A archétype de la « Responsabilité sociale d'entreprise »

a) La PSCE est irréductible à une démarche compétitive

PHARMA_A adopte facilement un discours qui prend à contre-pied l'approche en termes de rémunération globale : « *Je n'aime pas du tout cette philosophie qu'on essaie de nous inculquer sur la rémunération globale, sur les packages compétitifs, (...) ça n'a pas de sens ni économiquement, ni en ressources humaines. Vous ne ferez jamais venir quelqu'un, dans une entreprise, pour un régime de protection sociale complémentaire. Ça n'a pas de sens et pourtant et tout le monde, y compris ici en interne, tout le monde me demande des packages protection sociale compétitifs. Mais ça ne peut pas être compétitif, parce que c'est collectif, que ça repose sur le ressenti d'un avantage qui est aléatoire et la meilleure des chances qu'on puisse souhaiter aux gens, c'est que surtout qu'ils ne l'utilisent pas* ».

Si la PSCE n'est pas réductible à une stratégie utilitariste, en revanche le discours, positif, sur la PSCE emprunte systématiquement le vocabulaire de l'optimisation. La démarche d'optimisation revêt plusieurs dimensions.

b) La démarche PSCE est irréductible à démarche coût-avantages

Il s'agit d'optimiser au regard d'analyses qui ne sont pas réductibles aux bilans avantage-coût. Au regard de la démarche classique selon laquelle c'est la contrainte financière qui détermine les choix du niveau de protection, l'entreprise souligne le caractère inversé de la sienne : définition d'abord de l'avantage puis préconisation des modalités de financement. « *Nous, on utilise le terme « coût-efficient » [et pas celui] du « coût neutre » [quand on cherche à faire évoluer nos régimes]* ». Ce point d'arbitrage est fondamental pour l'entreprise quand elle est engagée à conduire des processus d'harmonisation post-fusion. Il resurgit de façon récurrente au sujet de la question au rattachement fonctionnel de la PSCE dans l'organigramme : « *[Le rattachement de la prévoyance à la DRH] est une situation qui est régulièrement remise en cause mais toujours arbitrée dans le même sens, c'est-à-dire que la protection sociale est rattachée à la DRH. Quand je dis régulièrement remise en cause, c'est qu'à chaque fusion, nous absorbons des équipes, qui souvent viennent de la finance, et que se pose la question de nous rattacher à la finance. Régulièrement l'arbitrage revient aux RH. Ceci dit, nous sommes probablement le service qui travaille le plus avec la finance. On des groupes projet permanents et des arbitrages très importants avec la Direction Financière, mais nous sommes rattachés à la DRH* ».

Il s'agit tout d'abord d'optimiser par rapport aux exigences que le groupe s'est fixées. La politique de PSCE est en effet supportée par l'élaboration, au niveau *corporate* d'un référentiel de bonnes pratiques, « *dans notre politique on a inscrit 'référence quantitative, référence qualitative' ... référence quantitative, [cela renvoie aux] niveaux de protection, et référence qualitative, [ce sont] toutes les règles éthiques (respect de la personne et éthique médicale)* ». L'idéal est d'harmoniser les contrats sur cette base, souvent onéreuse, dans le cadre de régimes uniques par pays. Groupe international, l'entreprise doit toutefois tenir compte de la diversité institutionnelle des systèmes de protection et de ses marges de manœuvre concrètes localement. Mais l'idée est de faire converger les dispositifs non respectueux des bonnes pratiques en les optimisant par appel d'offres en demandant, notamment, le retrait des enquêtes médicales ou la réduction des exclusions médicales.

Il s'agit ensuite d'optimiser en raisonnant en termes différentiels, c'est-à-dire en explicitant le niveau et les dimensions de la politique sociale de l'entreprise au regard des règles qui président au fonctionnement des couvertures de premier niveau. « *On vient en complément de l'Etat. En France comme ailleurs, la responsabilité sociale des entreprises est de compléter le régime d'Etat* ». L'optimisation des prestations en matière d'épargne, prévoyance et retraite pour les salariés doit être appréhendée au regard d'un niveau global de couverture résultant non pas de l'addition mais de l'articulation d'un ensemble de prestations qui, en conséquence logique, que ce soit au niveau complémentaire ou au niveau sur-complémentaire, doivent être soudées aux principes (même imparfaits) de la sécurité sociale : « *[En frais de soins], on ne rembourse que*

ce qui est nécessaire médicalement ». Il s'agit de lutter, notamment en refusant les offres optionnelles, contre les dérives consuméristes (cf. Chapitre 6), mais également en respectant les règles de régulation que les régimes de base auraient pu introduire « *on prend comme critère le critère du régime d'Etat local, on le préfère toujours à celui de l'assureur. On ne dit pas que ce critère est bon mais (...) mais c'est le moins mauvais* ».

Il s'agit enfin et surtout d'optimiser au regard d'une logique de solidarité entendue extensivement : régimes généralisés à l'ensemble des salariés, régimes uniques non différenciés selon les groupes professionnels, prestations uniformes. Le choix est clairement en faveur de cotisations proportionnelles au salaire et assises sur la totalité du salaire : « *Quand on trouve une cotisation fixe dans un régime, alors on [l'ajuste] progressivement [en différenciant les tranches de salaire]. Généralement en soins de santé, c'est une cotisation qui est plafonnée. En prévoyance, ce n'est pas plafonné, mais on peut mettre un excès : l'idée étant d'empêcher la filiale tout à coup de d'emballer sur une ou deux rémunérations en capital décès qui prendraient la totalité de la prime en cas de sinistre. En santé, c'est plafonné généralement au salaire médian de la filiale. Notre médian, il est à 40.000 euros annuel, ce qui fait environ 1,5 fois le PMSS. (...) Par ailleurs, notre régime supplémentaire va jusqu'à la tranche C (plus de 140.000 €) ce qui veut dire que plus de 80 % du personnel cotise sur la totalité de ses rémunérations* ».

La logique de conformation à des pratiques que l'entreprise considère comme exemplaires et qu'elle met au cœur de la construction d'une identité d'entreprise, ne signifie toutefois pas qu'elle s'interdise d'explorer la faisabilité de nouveaux modèles de protection sociale, quand bien même cette logique d'exploration serait mise à l'épreuve dans le cadre de négociations difficiles. Il y a là clairement un enjeu managérial.

c) L'exploration de modèles nouveaux.

L'exploration de modèles innovants signifie pour l'entreprise de s'exposer à des controverses et à des négociations difficiles avec les partenaires sociaux. La situation réservée aux retraités dans l'évolution récente du régime « frais de soins » est ici intéressante à analyser. Comme nous l'avons vu plus haut (Chapitre 6, section 3), l'entreprise a souhaité à un moment donné sortir du schéma de la solidarité inter-générationnelle - actifs/retraités - sur lequel reposait le dispositif de la complémentaire maladie pour un dispositif privilégiant l'épargne individuelle « *dans les régimes par répartition, [on] continue à faire cotiser de plus en plus les jeunes, pour quelque chose qu'ils n'auront pas. Pour nous, la solidarité inter-générationnelle, ce n'est pas celle-là ! Sur la santé, il faut qu'il y ait une cotisation individuelle ... on oblige la personne à cotiser mais elle sera sûre d'avoir quelque chose* ». La négociation avec les partenaires sociaux, défenseurs de la répartition, a été lourde d'enjeux « distributifs » et l'entreprise a peiné à justifier et légitimer une représentation différente de la « justice ». Au regard de l'objectif initial, elle a été conduite à choisir, certes, un *second best* mais qui sans doute, ouvre un chemin nouveau.

2.3. Qui décide ?

a) Gouvernance interne

Restons avec PHARMA_A. Domaine du *manager* des ressources humaines et soutenue par la direction d'entreprise (cf. *supra*), la PSCE, construite comme une dimension essentielle de la « responsabilité sociale de l'entreprise » est incompatible avec une « gouvernance » partagée. Nous avons eu l'occasion de souligner à quel point l'entreprise était dans une logique de méfiance et de défiance à l'égard des intérêts tiers (cf. Chapitre 5, section 6). Le modèle de gouvernance revendiqué est le modèle triangulaire dans le fonctionnement duquel l'entreprise entend garder la main en se protégeant, d'un côté, des assureurs qui incarnent la logique

« économique » tenue à distance par l'entreprise, des intermédiaires qui captent de la valeur, d'un management purement financier, de l'autre côté, des représentants syndicaux institués. On a affaire à un modèle de « gouvernance interne » dans lequel l'entreprise veut rester l'entité décisionnelle centrale. En amont, il est de la responsabilité du manager des ressources humaines de définir dans le cadre de procédures, délibérées aux différents niveaux de décision, de donner la vision d'une protection sociale acceptable conforme à l'image du groupe. La déclinaison des objectifs en dispositifs concrets de régime est soumise à une évaluation stricte de leur cohérence avec les principes de base. Leur pilotage est assuré par les ressources et compétences internes. L'expertise technique peut être sollicitée, elle n'est jamais structurante des décisions.

Les mutuelles d'entreprise constituent également une forme de « gouvernance interne ». Comme nous l'avons vu, leur modèle économique a été significativement bouleversé par l'évolution réglementaire récente. Ce choc externe peut cependant se doubler d'une réévaluation par l'entreprise elle-même de l'intérêt et de l'efficacité d'une structure assez peu flexible qui ferme les options de choix futurs. INFO est illustrative de ce processus de changement.

b) L'externalisation

L'exact opposé de cette forme de gouvernance sociale est le modèle de la décision externalisée. Les dispositifs de prévoyance collective sont des dispositifs techniques. La réglementation consécutive aux lois de 2003 et de 2004 est d'un réel degré de complexité. Dans ce contexte, les équipes en place dans les entreprises, le plus souvent dans les directions des ressources humaines, ne sont pas ou peu équipées pour concevoir, mettre en œuvre, piloter et gérer la PSCE. L'externalisation est la solution. Elle peut emprunter deux chemins. Celui de la délégation complète, celui de la délégation sous contrôle de l'entreprise. TRANS est illustrative du premier. Dans la sélection des enjeux de la gestion des ressources humaines, la PSCE ne ressort pas comme étant prioritaire. Le régime frais de soins est délégué à un courtier qui a eu jusqu'à présent toute latitude décisionnelle pour choisir l'assureur. Si le recours au courtier peut s'accommoder d'une délégation complète des décisions, les exemples de notre étude montre que l'intermédiation ne se réduit toutefois pas à ce modèle.

c) La « gouvernance intermédiée »

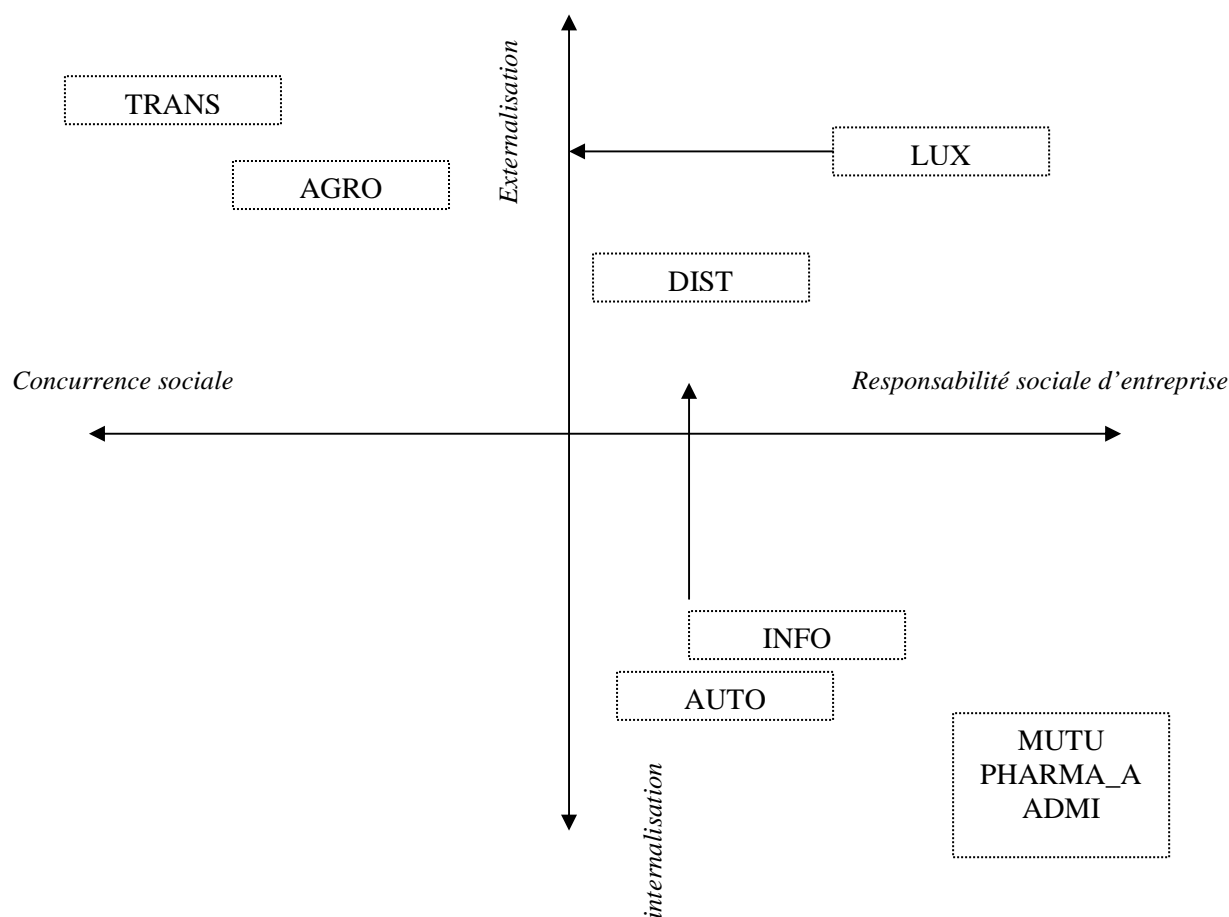
Dans beaucoup d'entreprises, l'organisation emprunte plus à la figure géométrique du rectangle qu'à celle du triangle. Ces exemples ne peuvent pas prétendre décrire de façon exhaustive l'ensemble des pratiques – notre analyse n'est pas entrée dans l'analyse organisationnelle fine de ces formes de gouvernance intermédiée, ni a fortiori dans l'instrumentation de gestion que les intermédiaires mettent en place – mais elles mettent en évidence que l'intermédiaire est devenu un partenaire essentiel, en conseil ou plus largement en pilotage et gestion des régimes collectifs.

Certes la fonction d'appariement est une réalité – AGRO illustre cette forme d'intermédiation, dans laquelle l'acheteur délègue à l'intermédiaire le soin d'acheter pour lui la couverture complémentaire au meilleur prix – mais INFO, DIST ou LUX montrent que le courtier peut être investi d'une fonction plus large. C'est un acteur influent dans la définition de l'architecture des régimes et c'est un acteur influent de par les infléchissements normatifs qu'il peut apporter aux régimes en place. Quels en sont les enjeux pour la gouvernance de la PSCE ?

Très clairement les règles de la négociation classique apparaissent bousculées et le face-à-face employeur-salarié s'est déplacé dans l'espace technique et expert des commissions paritaires de suivi qui semblent aujourd'hui investies d'un rôle moins d'enregistrement que de suivi et de préconisation. Bien évidemment l'analyse de ses instances de gouvernance est à faire. Est-ce que l'entreprise perd sa capacité décisionnelle face aux intermédiaires qui seraient, comme la littérature le suggère, devenus des *marketmakers* ? L'analyse mérite ici d'être approfondie : l'intermédiaire joue indéniablement le rôle de passeur d'idées entre le monde l'assurance collective, dont nous avons vu qu'il était à la recherche de nouveaux marchés, et celui de

l'entreprise, mais les exemples d'INFO et de DIST montrent que la construction de la relation entre cette dernière et l'intermédiaire est complexe et que dans cette relation il n'est pas certain que l'entreprise se soit dessaisi de « la boussole ».

En guise de synthèse conclusive, on peut esquisser une première typologie à deux dimensions. La première dévoile les objectifs qui sous-tendent les choix opérés : elle oppose une logique de « protection sociale » et une logique de « rémunération ». Les deux cas polaires se présentant comme l'agencement d'un ensemble spécifique de règles de décision. La logique de responsabilité sociale est plutôt associée à la séquence : REGIME OBLIGATOIRE \cup UNICITE \cup UNIFORMITE \cup NEGOCIATION. La logique « rémunération », dans un registre que l'on peut qualifier de « concurrence sociale » est, elle, plutôt représentée par l'association SEGMENTATION DES REGIMES \cup OPTIMISATION SOCIALE ET FISCALE. La deuxième représente différentes manières de faire la protection sociale en entreprise : elle oppose deux processus décisionnels, l'un externalisé, l'autre plutôt internalisé et supporté par la négociation collective. Dans cette cartographie, on voit qu'INFO et LUX représentent deux modèles en transformation.



Conclusion.

Quels enseignements ?

En matière de protection sociale complémentaire, l'action des entreprises est suscitée et orientée par les cadres juridiques et réglementaires. Elle fait également l'objet d'attentes fortes de la part des salariés, de plus en plus dépendants de l'achat de couvertures privées pour couvrir leurs dépenses de soins ou pour compenser les pertes de salaires en cas d'interruption, ponctuelle ou définitive, de leur activité.

L'un des enjeux des réformes de 2003 et de 2004 était de favoriser le développement de couvertures obligatoires dans le domaine de la santé en accentuant l'avantage comparatif de ce type de protection vis-à-vis du contrat facultatif. L'acteur public manifestait ainsi sa préférence pour la constitution en entreprise d'un modèle de protection complémentaire et, en contrepartie d'aides sociales et fiscales, poussait le curseur vers le modèle de l'assurance sociale plus que vers le modèle assurantiel pur. Il mettait du coup l'entreprise en situation d'arbitrage entre les deux modèles. Les cas que nous avons étudiés montrent que ce modèle suscite l'adhésion ; les entreprises qui étaient dans ce cadre juridique ont procédé aux aménagements rendus nécessaires pour être éligibles au traitement social et fiscal avantageux et celles qui ne l'étaient pas ont transformé la nature de leurs régimes.

Le cadre réglementaire joue un rôle indéniablement uniformisant des couvertures, au moins en frais de soins. Le choix initial facultatif/obligatoire déclenche en effet une série de décisions liées. Rétrécie, la latitude décisionnelle peut néanmoins s'exprimer à des points critiques de décision et s'articuler, plus ou moins étroitement, aux choix stratégiques de l'entreprise.

De manière générale, en croisant les discours recueillis et les pratiques, telles que nous les avons observées à l'examen approfondi des régimes mis en place, la PSCE est le plus souvent un enjeu managérial. Si elle existe, la « figure imposée » n'est pas représentative de notre panel d'entreprises. Les « figures libres » sont toutefois très variées. Nous avons essayé d'en restituer la variété et d'en comprendre les dynamiques. Les analyses sont bien évidemment contingentes aux entreprises observées et sans doute l'analyse est restée insuffisamment approfondie ou parcellaire mais les traits et tendances que nous avons dégagées pourront être testés sur des échantillons plus importants.

Nous voudrions pour conclure reprendre les deux interrogations que nous avons posées en introduction. Rappelons-les.

La première de ces questions renvoie à l'évolution de l'entreprise contemporaine. Nous rappelons que la figure de l'entreprise constituée en « collectif protecteur » était associée à la régulation fordiste. Or, on sait que les facteurs qui ont pu, à un moment donné, favoriser et légitimer la constitution de grandes formes d'organisations collectives, articulant, dans la négociation, marchés internes, salaires et avantages sociaux ont été absorbés par la dynamique de globalisation et la prévalence de la logique financière. De fait, l'entreprise fordiste a laissé place à des formes d'entreprise dont les frontières, économiques et sociales, sont de moins en moins superposables. De ce point il peut sembler paradoxal de faire (re)venir la protection sociale dans l'entreprise à un moment où les espaces de solidarité qui l'ont soutenue et légitimée se fragmentent, quand les contrats de travail se fractionnent, quand le duo fordiste, État-partenaires sociaux, se « refonde ».

A cette interrogation, nous ne pouvons pas apporter de réponses tranchées et définitives.

D'un côté, nous avons vu que le modèle de prévoyance collective, dans sa diversité, résiste bien y compris dans les entreprises insérées dans la compétition mondiale. Qu'elle ressorte d'une logique de rémunération et d'une utilisation stratégique ou d'une logique de responsabilité sociale, la PSCE garde une forte légitimité aux yeux des partenaires sociaux même si le processus de rationalisation dont elle fait aujourd'hui l'objet en redessine, quelquefois substantiellement, la gouvernance.

D'un autre côté, les interlocuteurs rencontrés ne sont pas sans interrogations sur la soutenabilité de la PSCE et sur l'efficacité de l'injonction de l'autorité publique.

« L'entreprise est trop incertaine aujourd'hui pour être un élément de stabilité, pour porter quelque chose de cette nature », nous disait le Directeur des affaires Sociales d'INFO. « Il me semble que le portage salarial est une forme de réponse à ces différents problèmes. Aujourd'hui, beaucoup de jeunes de très bon niveau font ce choix, alors qu'autrefois le portage était réservé à des gens qui avaient une certaine expérience. Aujourd'hui ce sont des jeunes qui cherchent leur propre système et qui se disent « je vais assurer ma propre pérennité au travers d'un régime auquel je vais cotiser. Je vais travailler pour des tas de boîtes, mais j'aurais mon propre régime de prévoyance et de retraite qui se fera par capitalisation à l'étranger ».

La rupture repose ici sur un double changement point de vue. Le premier consiste à considérer que le modèle d'entreprise « marché interne » a vécu et cède la place à « un marché de professionnels », dont le modèle type s'incarne aujourd'hui dans le portage salarial. Pour ces nouveaux professionnels, sans attaches durables avec l'entreprise parce qu'ils monnaient leurs compétences sur un marché sans frontières, la couverture collective n'a pas lieu d'être. De fait, la logique de compétence et la relation de prestation de services peuvent s'accommoder, c'est le deuxième changement de point de vue, d'une protection individuelle reposant sur la constitution d'une épargne volontaire patrimoniale. L'analyse est ici clairement en lien avec les choix stratégiques et organisationnels qui font passer l'entreprise industrielle qu'était INFO à une société de services, de plus en plus « virtuelle ». Elle est difficilement généralisable, et sans doute non susceptible de préfigurer l'évolution générale du marché du travail. Mais cette approche qui invite à refonder la protection sociale sur un autre paradigme que celui qui repose sur l'articulation entre une protection de base relevant de la responsabilité de l'Etat, et une protection complémentaire relevant de la responsabilité de l'entreprise n'est pas isolée. Elle est alors relayée par d'autres arguments.

L'effort contributif de l'entreprise a en effet des limites, dont le dépassement pourrait amener à renégocier les termes financiers de l'échange avec les autorités publiques (*« Si l'Etat se désengage, les cotisations des entreprises doivent baisser pour que l'entreprise utilise cette baisse pour faire des systèmes sociaux, si les taux ne baissent pas, il n'y a pas de raison particulière pour que l'entreprise pallie »*) (responsable PSCE, AUTO). La façon dont a été débattue récemment la question de la couverture santé des retraités est ici emblématique d'un tel questionnement. Dans le contexte du vieillissement de la population et de l'évolution des retraites, les solidarités inter-générationnelles que certains régimes d'entreprise avaient instituées ont été remises en cause. Les solutions aujourd'hui adoptées sont fortement dépendantes de la capacité à payer des entreprises. Les régimes solidaires peuvent certes subsister mais ce sont des solutions de compromis dont la pérennité n'est pas assurée. Sur ce point, les sorts de l'évolution des régimes de base et complémentaire sont liés. En tout état de cause, les contraintes de financement actuelles donnent de la place pour des systèmes d'épargne individuelle en rupture avec le modèle « assurance sociale ».

Ceci nous amène à la deuxième interrogation, que nous soulevions à l'abord de la recherche. Nous posons que la capacité du modèle de protection d'entreprise à répéter, en entreprise, le modèle d'assurance sociale de base était très certainement liée à son caractère « complémentaire ». Dans leurs divers cheminement, les avantages sociaux acquis par et dans

l'entreprise sont en effet jusqu'à présent restés clairement « complémentaires » : ni en retraite, ni en prévoyance, n'ont été mis en place des mécanismes conduisant à remplacer tout ou partie des régimes obligatoires façonnés depuis 1945. « Complétant », les systèmes restent articulés à la protection sociale originelle, celle de la sécurité sociale, et lui empruntant ses caractéristiques organisationnelles. « S'additionnant », ne peuvent-ils pas s'en affranchir et se couler dans d'autres principes et d'autres règles qui au bout du compte pourraient déplacer le curseur de cet hybride qu'est la PSCE vers le modèle assurantiel ou vers le modèle financier ? Sur cette question, tous les risques ne sont pas dans la même dynamique. Dans le champ de l'assurance vieillesse, la frontière est devenue ténue entre « épargne » et « retraite » : de nombreux produits d'épargne salariale (PERCO) ou d'épargne retraite (Art 83), bien diffusés dans notre panel semblent plus « ajouter », en l'occurrence le fruit d'une épargne, que « compléter » les prestations servis par le régime général ou les régimes complémentaires. En revanche, en assurance santé, le caractère « complémentaire » reste toujours très marqué, et le positionnement « derrière la sécurité sociale » imprègne encore, nous l'avons vu, les contrats santé. Il n'empêche que de fortes poussées en faveur de l'individualisation sont enregistrées, souvent articulées, dans les discours, au processus d'inversion de préférences individuelles moins en phase aujourd'hui avec l'objectif de solidarité qui a, le plus souvent, présidé à la construction des régimes de prévoyance santé dans les entreprises. Les assureurs ont aujourd'hui les produits, spécialisés et dédiés qui pourraient répondre aux besoins de segmentation et d'individualisation des entreprises.

Table des matières – Tome 1

INTRODUCTION	i à viii
PREMIERE PARTIE	3
CHAPITRE 1. L'INSTITUTIONNALISATION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE D'ENTREPRISE	7
Section 1. Rôle protecteur de l'entreprise et genèse des lois sociales 1920-30.8	
1.1. L'entreprise, lieu historique de construction d'une protection sociale des ouvriers	8
1.2. Le patronat dans le débat social (1920-30)	10
1.3. Faiblesse de l'organisation ouvrière, sociétés de secours mutuels : syndicalisme et mutualité	12
1.4. Prévoyance collective : entre solidarité et assurance	14
1.5. Et les cadres ? Vers une protection sociale conventionnelle	16
Section 2. 1945-1985 : Édification de la Sécurité sociale ... et des régimes complémentaires	18
2.1. Le décret du 8 juin 1946 portant « dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés »	18
2.2. Retraite complémentaire et prévoyance collective	20
2.2.1. La construction du système ARRCO-AGIRC	20
2.2.2. L'extension de la prévoyance complémentaire dans le cadre conventionnel dans le sillage de la loi de mensualisation	21
2.3. Pluralisme concurrentiel ou monopole ? Facultatif ou obligatoire ? Généralisation ou fragmentation ? Leadership patronal ou étatique ?	22
2.3.1. Le « mythe » de la généralisation de la Sécurité sociale.	22
2.3.2. Qui tient la boussole ?	24
Section 3. 1985 : mise sur l'agenda politique de la protection sociale complémentaire	25
3.1. L'adaptation du Code de la Mutualité	25
3.2. Refonte du cadre institutionnel de la prévoyance collective dans l'entreprise	26
3.2.1. La loi Evin	26
3.2.2. L'intégration des mutuelles et des institutions de prévoyance dans les directives communautaires : la loi du 8 août 1994	29
3.3. Le nouveau Code de la Mutualité	31
Section 4. 2003 et 2004 : réforme des retraites et de l'assurance maladie	32
4.1. La réforme de 2003 sur les retraites	32
4.1.1. La problématique des retraites à partir des années 90	32
4.1.2. Les dispositions de la loi Fillon	33
4.2. La réforme de 2004 sur l'assurance maladie	35
4.2.1. Croissances des dépenses de santé et déport vers les régimes complémentaires	35
4.2.2. La réforme de l'assurance maladie en 2004	36

4.2.3. Deux réformes décisives	37
4.3. Le cadre socio-fiscal des cotisations de protection sociale complémentaire d'entreprises : une nouvelle donne pour les entreprises	38
4.3.1. La fiscalité des salariés	38
4.3.2. La fiscalité des entreprises et la PSCE	41
4.3.3. Le statut social des contributions patronales à la PSCE	42
4.3.4. Le statut social de la prise en charge par l'employeur des contributions salariales à la protection sociale complémentaire	45
4.4. La normalisation comptable et prudentielle	46
4.4.1. Les normes IAS	46
4.4.2. Les normes prudentielles	47

Annexe. Tableau récapitulatif du régime social et fiscal de la PSCE avant et après les lois de 2003 et de 2004	51
---	-----------

CHAPITRE 2. CADRAGE MACRO-ÉCONOMIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE 53

Section 1. Concepts et méthodes	54
1.1. L'assurance sociale	54
1.1.1. Principe	54
1.1.2. Prestations	54
1.1.3. Organismes	54
1.1.4. Sources des données	55
1.2. Les « autres assurances »	55
1.2.1. Principe	55
1.2.2. Organismes	56
1.2.3. Source des données	56
1.3. Assurance individuelle et assurance collective	57
Section 2. Résultats	58
2.1. L'équilibre ressources-emplois pour l'assurance sociale	58
2.1.1. Les ressources des organismes	58
2.1.2. Les emplois	59
2.2. La décomposition des prestations d'assurance sociale versées par risque	65
2.2.1. Les différents risques	65
2.2.2. Tableaux de synthèse (années 2000 et 2004) (Tableaux 6 et 7)	65
2.3. Commentaires sur l'assurance sociale	73
2.4. L'activité de protection sociale des entreprises d'assurance	75
2.4.1. Nomenclature	75
2.4.2. Commentaire sur l'activité de protection sociale des entreprises d'assurance	77
2.5. Une vision d'ensemble de la protection sociale complémentaire d'entreprise en France	80

2.5.1. Ventilation de la protection sociale complémentaire entre contrats collectifs et individuels en matière d'assurance sociale	80
2.5.2. Les prestations de protection sociale complémentaire versées à l'occasion de contrats individuels ou collectifs.	81

CHAPITRE 3. PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE : DES MARCHÉS EN MUTATION

85

Section 1. Quantification et structuration du marché de la protection sociale complémentaire collective.

	86
1.1 Opérateurs et marchés	86
1.1.1 Les Institutions de prévoyance : la prévoyance collective paritaire	86
a) Statut.	86
b) Indicateurs d'activité	87
c) Concentration	88
1.1.2 Les sociétés d'assurance	90
a) Statut	90
b) Indicateurs économiques du secteur	90
c) Concentration	91
1.1.3 Les mutuelles	92
a) Statut	92
b) indicateurs économiques du secteur	93
c) Concentration du secteur	94
1.1.4. Des acteurs émergents	96
1.2. Spécialisation et diversification des opérateurs.	96
1.2.1. Une spécialisation de l'activité qui perdure ...	96
1.2.2. ... mais la génération des chiffres d'affaires tient de plus en plus à l'ouverture des portefeuilles traditionnels	98

Section 2. Régime de concurrence et stratégies des opérateurs dans le champ de la complémentaire santé

99

2.1 Les tendances du marché de l'assurance complémentaire santé	99
2.1.1 Une croissance soutenue de la dépense de santé ...	99
2.1.3 ... associée à des interventions « complémentaires » croissantes	100
2.2 La complémentaire santé : tensions concurrentielles sur les segments collectif et individuel	102
2.2.1. Concurrence accrue	102
2.2.2. Les modalités de la concurrence sur le marché individuel santé	106
a) La concurrence par les prix	106
b) La concurrence sur les produits	107
c) La concurrence sur les services	112
2.2.3. Les stratégies des opérateurs sur le marché collectif : de la concurrence au partenariat	112

a) Un marché plus « conservateur » et à croissance plus lente	112
b) Les stratégies de distribution et la recherche de partenariats : un double décloisonnement	113
Conclusion	116
CHAPITRE 4. LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DANS LA NÉGOCIATION COLLECTIVE	117
Section 1. PSC et négociation de branche	118
1.1- La dynamique de la négociation de branche	119
1.2 - Le thème de la protection sociale complémentaire dans la négociation de branche	121
Section 2. PSC et accords d'entreprises	122
2.1 Les données analysées : la base DARES des accords d'entreprise	122
2.1.1 Les données recueillies dans la base DARES	123
2.1.2 Questions méthodologiques liées au recueil des données	124
2.1.3- Méthodes d'analyse exploratoire mises en oeuvre	126
2.2 Les résultats issus de l'analyse de la base de données DARES (1994-2005)	128
2.2.1 Evolution de la négociation d'entreprise sur la période 1994-2005	128
a) Evolution générale de la négociation collective d'entreprise	129
b) Une négociation inégalement développée selon la taille de l'entreprise	131
c) Une négociation inégalement développée selon le secteur de l'entreprise	134
2.2.2 La négociation en d'entreprise sur le thème de la PSC : une négociation spécifique ?	136
a) Options méthodologiques	137
b) Résultats de l'ACM et de la classification menée pour la période 1994-2001.	140
c) Résultats de l'ACM et de la classification menée pour la période 2002-2005.	145
2.3 La PSC une distinction de ses composantes pour l'année 2005	151
2.3.1 Résultats de l'ACM sur la comparaison des caractéristiques du thème 3 et 14 en 2005.	152
a) Description des axes factoriels (tableau 19)	153
b) Résultats de la classification pour l'année 2005	155
c) Conclusion sur cette ACM	158
2.3.2 Analyse des caractéristiques du thème prévoyance « traditionnelle » en 2005	158
a) Résultats de l'ACM	158
b) Résultats issus de la classification	160
c) Conclusions sur la décomposition du thème 14 « prévoyance traditionnelle »	163
Conclusion	163
Annexes chapitre 4	167
CONCLUSION PREMIÈRE PARTIE	179

DEUXIEME PARTIE	183
CHAPITRE 5. CONSTRUCTION DU CADRE D'ANALYSE	187
Section 1. Processus de décision	188
1.1 Points de décision critiques	188
1.1.1. Mettre ou ne pas mettre en place un dispositif de PSCE	189
1.1.2. Les salariés à couvrir	189
1.1.3. La procédure de décision	189
1.1.4. Le choix du cadre réglementaire	190
1.1.5. Le financement et la répartition de l'effort contributif	191
1.1.6. La répartition de la charge de cotisation entre les salariés	191
1.1.7. Le périmètre du panier « socialisé » dans le cadre de l'entreprise	191
1.1.8. Le choix de l'assureur	192
1.2. Que savons-nous des choix opérés dans les entreprises ? Constats empiriques	192
1.2.1. La propension à « offrir » un régime de PSCE	192
1.2.2. Des couvertures généralisées ou segmentées	193
1.2.3. Des procédures négociées	194
1.2.4. Le choix fréquent du cadre obligatoire	194
1.2.5. Une contribution de l'employeur plutôt indifférenciée	195
1.2.6. Des modalités de tarification diverses	195
Section 2. A la recherche des déterminants	196
2.1. Les enjeux des choix	196
2.1.1. Obligatoire/facultatif ?	196
2.1.2. Généraliser ou cibler ? Unifier ou segmenter ?	199
2.1.3. Qui paye ?	199
2.1.4. Etendre ou restreindre le périmètre « socialisé » ? Uniformiser ou graduer les paniers de garantie ?	200
2.1.5. Le choix de l'organisme assureur et du mode de gestion.	201
2.2. A la recherche des déterminants	202
2.2.1 L'argument « économique » de la rémunération	202
2.2.2. De l'utilitarisme stratégique à la responsabilité sociale	205
2.2.3. Les logiques « politiques » dans la PSCE	207
Section 3. Enquête en entreprise	211
3.1. Choix méthodologiques	211
3.2. Présentation de l'échantillon et démarche d'investigation	212
Annexe. Traitement social et fiscal de la protection sociale complémentaire d'entreprise	219

CHAPITRE 6. PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE : PRATIQUES OBSERVÉES DANS LES ENTREPRISES **229**

Section 1. Étendue de la PSCE selon les entreprises et efforts contributifs	229
1.1. Quels régimes ?	229
1.2. Quels bénéficiaires ?	229
1.3. Qui paie et comment ?	230
Section 2. La couverture santé	236
2.1. L'architecture générale des dispositifs d'entreprise	236
2.2. Analyse des garanties	237
2.2.1. Les prises en charge des contrats collectifs des entreprises par type de risque	238
2.2.2. Classification des Contrats	255
a). Les indications de gamme dans les travaux de la DREES et de l'IRDES	255
b) Grille de classement pour apprécier les contrats collectifs d'entreprise	257
2.3. Logiques à l'œuvre dans les contrats santé	260
2.3.1 La protection complémentaire santé : une logique d'assurance sociale plus que de rémunération ou de gain fiscal.	260
2.3.2. Une nouvelle dynamique dans les contrats proposés.	261
a) Des difficultés de financement apparaissent.	261
b) Pour limiter les dépenses, la responsabilisation des salariés sur les consommations de soins est largement mise en avant, mais reste limitée dans ses effets.	262
c) Les entreprises cherchent alors à maintenir un bon niveau de prestations santé, quitte à proposer des options.	265
d) L'assurance santé à la carte ou l'épargne santé commencent à être envisagée dans quelques entreprises, comme mode de couverture alternatif.	266
2.3.3. Solidarités familiales	268
Section 3. Solidarité intergénérationnelle : la couverture santé des retraités	270
3.1. Le cadre juridique : quelles obligations pour les entreprises et les assureurs ?	270
3.1.1. Le maintien des garanties en prévoyance collective obligatoire.	270
3.1.2. Le maintien des garanties en prévoyance collective facultative	271
3.1.3. Les ambiguïtés de la loi Évin	272
3.2. Couverture santé des retraités : l'impact des normes IAS 19	274
3.2.1. Les avantages sociaux post-emploi	274
3.2.2. La norme IAS 19	274
3.3. Les enjeux de la couverture santé des retraités pour les entreprises : entre soutenabilité du financement et pérennisation de la solidarité intergénérationnelle.	275
3.4. Les processus de décision dans les entreprises enquêtées.	280
3.4.1. Les entreprises non contributives	280

3.4.2. Les entreprises qui ne contribuent plus.	281
3.4.3. Les entreprises qui se sont adaptées	283
a) PHARMA_Br : suppression du passif social et constitution d'un fonds de réserve	283
b). PHARMA_A : suppression du passif social et appel à l'épargne individuelle	286
c) AUTO : scission des régimes actifs et retraités, maintien de la contribution employeur au régime des retraités.	287
3.3.4. Les entreprises contributives	289
Section 4. La prévoyance lourde	290
4.1. Les garanties de sécurité sociale en décès, invalidité et incapacité	290
4.1.1 Le décès	290
4.1.2. L'incapacité	291
4.1.3. L'invalidité	292
4.2. Niveau, périmètre et étendue des couvertures d'entreprises	293
4.2.1. La couverture globale décès	293
4.2.2. Les garanties incapacité et invalidité	295
4.2.3. « Règles de décision » : recherche de flexibilité, harmonisation des garanties et contrôle des coûts	296
Section 5. La retraite supplémentaire	298
5.1. Régime à prestations définies « Article 39 »	299
5.2. Régimes à cotisations définies « Article 83 »	299
5.2.1. L'exemple de MUTU	299
5.2.2. L'exemple de LUX	300
5.2.3. L'élaboration d'un régime de retraite supplémentaire chez DIST	301
5.3. Épargne retraite	302
5.3.1. L'exemple d'AUTO	302
5.3.2. L'exemple de la branche pharmacie	303
5.3.3. L'exemple d'AGRO	304
Section 6. L'organisation de la PSCE	305
6.1. Les types d'organisation possible de la PSCE	306
6.2. Les choix d'organisation : par risque, plutôt paritaire, plutôt intermédiée, plutôt stable	307
6.2.1. PHARMA_A : indépendance directoriale et managériale revendiquée	308
6.2.2. INFO : ententes et captures dans le montage et la vie des contrats complémentaires	309
6.2.3. DIST : organisation centrée sur le conseil et la gestion.	311
 CHAPITRE 7. VARIÉTÉ ET DYNAMIQUES DES PROTECTIONS SOCIALES COMPLÉMENTAIRES DANS LES ENTREPRISES	 313

Section 1. Différents modèles de PSCE	313
1.1. Des contextes, des architectures et des histoires	313
1.2. Entre « figure imposée » et « innovation », résilience et perturbation	316
1.2.1. La « figure imposée »	316
1.2.2. La « figure libre »	317
1.2.3. Les modèles perturbés : entre bifurcation et résilience	309
Section 2. Logique de rémunération, logique sociale, gouvernance	319
2.1. Logique de rémunération	319
2.2. Logique de responsabilité sociale	
2.3. Qui décide ?	324
Conclusion	329
Table des matières	333
Table des illustrations	341

Table des illustrations

Chapitre 2

Tableau 1 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2000.	60
Tableau 2 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2001	61
Tableau 3 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2002	62
Tableau 4 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2003	63
Tableau 5 : Cotisations et Prestations de protection sociale complémentaire versées pour l'année 2004	64
Tableau 6 : Prestations de protection sociale complémentaire versées année 2000	66
Tableau 7 : Prestations de protection sociale complémentaire versées, année 2004	69
Tableau 8 : Structure et taux de croissance des prestations de protection sociale complémentaire et totale.	74
Tableau 10: Montant des indemnités d'assurance dommages versées pour les entreprises d'assurances (S125)	77
Tableau 9 : Cotisations et Prestations d'assurance de Personnes des Sociétés d'Assurance	78
Tableau 11 : Répartition contrats collectifs et contrats individuels dans le cadre des prestations versées par les entreprises d'assurance	80
Tableau 12 : Répartition des prestations des Institutions de Prévoyance entre contrats collectifs et contrats individuels.	81
en 2001	81
Tableau 13 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat	82
Tableau 14 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat	82
Tableau 15 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat	83
Tableau 16 : Montant des prestations de protection sociale quelle que soit la nature du contrat	83

Chapitre 3

Tableau 1 : Champ couvert par les institutions de prévoyance en 2006	87
Tableau 2 : Évolution des cotisations (opérations directes)	88
Tableau 3: Top 20 des institutions de prévoyance en 2006	89
Tableau 4 : Les affaires directes en assurances de personnes des sociétés d'assurance (1997-2006)	91
Tableau 5 : Classement des 10 premiers groupes français d'assurance (données 2006)	92
Tableau 6 : Cotisations encaissées par les mutuelles	93
Graphique 1 : Répartition de l'activité des mutuelles en prévoyance (2006)	94

Graphique 2 : Structure des cotisations en I-I-D selon la nature du contrat	94
Tableau 7 : Top 30 des mutuelles en 2006	95
Tableau 8 : Répartition du CA (cotisations encaissées) selon les opérateurs et les segments	97
Graphique 3 : Parts de marché des trois familles d'opérateurs sur les différents segments de la prévoyance (frais de soins et risque lourd) (données 2005)	97
Tableau 9 : Chiffre d'affaires en assurance santé des organismes complémentaires (évolution 2001-2006)	103
Graphique 4 : Parts de marché en assurance santé par type d'opérateur	103
Graphique 5 : Degré de concentration dans le champ de la protection complémentaire santé. Poids des 25 premiers acteurs en termes de cotisations encaissées en 2006	104
Tableau 10 : le Top 25 des opérateurs en assurance complémentaire santé	105
Encadré : Des stratégies de segmentation possibles	111

Chapitre 4

Graphique 1 : Nombre annuel d'accords de branche entre 1995 et 2006	120
Graphique 2 : Nombre d'accords signés sur la période 1991-2006 : ensemble des accords signés, accords sur les salaires et accords sur la PSC	121
Liste des variables présentes dans la base DARES des accords d'entreprise :	123
Tableau 1 : Part des différentes unités signataires ayant négocié les accords (1994-2005)	128
Graphique 3 : Evolution des accords d'entreprise déposés (tous textes confondus)	129
Tableau 2 : Accords d'entreprise signés par année entre 1994 et 2005	130
Tableau 3 : Accords d'entreprise selon les principaux thèmes de négociation (en % du total des accords) sur la période 1994-2005	131
Graphique 4: Dynamique de négociation de certains thèmes de négociation des accords d'entreprise	131
Tableau 4 : Part des accords signés selon la taille de l'entreprise (1994-2005)	132
Tableau 5 : Part des établissements selon la taille (1994-2005)	132
Graphique 5 : Accords signés selon la taille de l'entreprise sur la période 1994-2005	133
Tableau 6 : Répartition des accords conclus en fonction du type de signature et de la taille des entreprises (1994-2005)	134
Graphique 6 : Evolution des accords signés selon le secteur d'activité de l'entreprise entre 1994 et 2005	135
Graphique 6 bis : répartition des effectifs salariés selon le secteur d'activité en 2005	136
Graphique 7 : Répartition des accords signés sur la période 1994-2005 : tous thèmes confondus et sur le thème « PSCE »	137
Tableau 7 : Nature des textes signés par les entreprises tous thèmes confondus selon la période étudiée	139
Tableau 8 : Part des thèmes négociés entre 1994 et 2005 et par sous-période	140
Tableau 9 : Résultats de l'ACM et décomposition de l'inertie par axe (1994-2001)	141
Tableau 10 : Axes factoriels principaux de l'analyse ACM sur la période 1994-2001	142
Tableau 11 : caractérisation des classes issues de la CAH par la mise en évidence des variables initiales surreprésentées (en gras) ou sous-représentée (en gris) exprimées en pourcentage	143
Tableau 12 - Résumé des caractéristiques illustratives des classes pour les années 1994-2001	145

Tableau 13 : résultats de l'ACM 2002-2005 et décomposition de l'inertie des axes	146
Tableau 14 : Axes factoriels principaux de l'analyse ACM sur la période 2002-2005	147
Tableau 15 - Résumé des caractéristiques des classes pour les années 2002-2005	148
Tableau 16 - Résumé des caractéristiques des classes pour les années 2002-2005	151
Tableau 17 : Part des thèmes négociés en 2005	152
Tableau 18 : résultats de l'ACM en 2005	153
Tableau 19 : coordonnées des axes de l'ACM en 2005	154
Tableau 20 : Caractérisation des classes issue de la CAH par la mise en évidence des variables initiales surreprésentées (en gras) ou sous-représentées (en vert) exprimées en pourcentage	157
Tableau 21 – Résumé des caractéristiques des classes en 2005	157
Tableau 22 : Décomposition du thème protection sociale (hors intéressement/épargne) en 2005	158
Tableau 23 : décomposition des axes de l'ACM menée sur le thème 14 en 2005	159
Tableau 24 : caractérisation des classes issue de la CAH par la mise en évidence des variables initiales surreprésentées (en gras) ou sous-représentée (en gris) exprimées en pourcentage	161
Tableau 25 : Résumé des caractéristiques des classes	162

Chapitre 6

Graphique 2 : [Frais de soins] Contribution patronale et salariale à un niveau de rémunération	232
Graphique 3 : [Frais de soins] Répartition des contributions patronales et salariales à un niveau de rémunération = 1 PASS (32.184 €)	232
Graphique 4 : [Prévoyance lourde externalisée] Niveau de cotisation selon la rémunération	233
Graphique 5 : [Prévoyance] Contribution patronale et salariale à un niveau de rémunération	234
Graphique 6 : [Prévoyance] Répartition des contributions patronales et salariales à un niveau de rémunération = 1 PASS (32.184 €)	234
Tableau 1 : Profil des couvertures en complémentaire santé des entreprises de l'échantillon	236
Tableau 2 : Garanties « hospitalisation » des entreprises de l'enquête	240
Tableau 2b : Garanties « hospitalisation » (suite)	241
Tableau 3 : Garanties « Soins de ville » des entreprises de l'enquête (n.c dentaire et optique)	244
Tableau 4 : Les garanties « Optique »	247
Tableau 4. Les garanties « Optique » (suite)	248
Tableau 5 : Les garanties « dentaires »	250
Tableau 5 : Les garanties « dentaires » (suite)	251
Tableau 6 : Les garanties « appareillage et accessoires médicaux »	253
Tableau 7 : Les prestations supplémentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	254
Tableau 8 : Remboursement des contrats collectifs moyen et médian, par type d'organisme	256
Tableau 8 bis : Classification des garanties fauteuil roulant selon la DREES	256
Tableau 9 : Grille de classification des contrats observés	258

Tableau 10 : Résultat du scoring des régimes « frais de soins » des entreprises de l'échantillon	259
Tableau 11 : Les gammes de contrat en prévoyance lourde	292

