

Foliocollection

9^e colloque professionnel
Iipse

**MUTUALITÉ ET PARITARISME,
ACTEURS MAJEURS DE LA SOLIDARITÉ POUR
UN NOUVEAU CONTRAT SOCIAL**

Mardi 13 décembre 2011



L'Ipse remercie
AG2R LA MONDIALE pour son soutien actif apporté
à l'organisation de ce 9^e Colloque professionnel Ipse.

Lieu de la conférence:



AG2R LA MONDIALE

104-110 boulevard Haussmann, 75008 Paris

Sommaire

Allocutions d'ouverture

André Renaudin _____ **5**
Directeur général d'AG2R La Mondiale

Alain Chenot _____ **7**
Président de l'Ipse

Présentation des enjeux

Dominique Boucher _____ **9**
Délégué général de l'Ipse

Quelle doit être la responsabilité des acteurs de l'économie sociale dans l'accès aux couvertures sociales

Philippe Frémeaux _____ **11**
Éditorialiste à Alternatives économiques

Mutualistes et paritaires au service de l'intérêt général

Laurence Lautrette _____ **13**
Avocate, Laurence Lautrette & Associés

TABLE RONDE : «Quels rôle et place de la protection sociale complémentaire solidaire dans la société de demain ?»

Bertrand Fragonard _____ **21**
Président délégué du Haut Conseil de la Famille

Jean-Luc Prél _____ **23**
Député Nouveau centre, vice président de la commission des affaires sociales

Pascal Terrasse _____ **27**
Député socialiste, membre de la commission des affaires sociales

Marcel Savoye _____ **31**
Secrétaire National Honoraire de la secrétaire National Honoraire de la confédération des syndicats chrétiens de Belgique

Débats _____ **35**

Conclusions

Philippe Frémeaux _____ **41**
Éditorialiste à Alternatives économiques

Allocutions d'ouverture

André Renaudin

Directeur général d'AG2R La Mondiale



Monsieur le Député de la Vendée, Vice-président de la Commission des affaires sociales, Monsieur Jean-Luc Prétel, Monsieur le Député de l'Ardèche, membre de la Commission des affaires sociales, Monsieur Pascal Terrasse, Monsieur le Président délégué du Haut Conseil de la Famille, Monsieur Bertrand Fragonard, Monsieur le Président de l'Institut de la protection sociale européenne, Alain Chenot, Monsieur le Secrétaire national honoraire de la Confédération des syndicats chrétiens de Belgique (ou ACV en flamand), Monsieur Marcel Savoye, Mesdames et Messieurs les Présidents et administrateurs de notre environnement institutionnel, Messieurs les Présidents et administrateurs du Groupe AG2R LA MONDIALE, Messieurs

les Directeurs généraux, Monsieur Philippe Frémeaux, éditorialiste à Alternatives économiques, Maître Laurence Lautrette, Mesdames, Messieurs, chers collègues, chers amis, très cher Dominique Boucher, bonjour à toutes et à tous.

Au nom du Groupe AG2R LA MONDIALE, je suis heureux de vous souhaiter à tous la bienvenue dans notre immeuble siège du boulevard Haussmann.

Bienvenue à l'Institut de protection sociale européenne, think tank de référence dans l'univers de la protection sociale, au sein duquel j'ai toujours beaucoup d'intérêt et de plaisir à échanger.

Je suis aussi honoré que très heureux de vous accueillir à l'occasion de ce 9^e colloque de l'IPSE, compte tenu tout particulièrement du thème qui lui est consacré : celui du rôle et de la place de la protection sociale complémentaire dans nos sociétés contemporaines. Et tout particulièrement de la mutualité et des institutions paritaires, qualifiées à bon droit d'acteurs majeurs. Acteurs majeurs, qui ont fait la preuve de leur légitimité et de leur efficacité. Pour illustrer mon propos, je ne résiste pas au plaisir de vous citer l'exemple de La Mondiale qui a passé ses cent six ans le 5 décembre et celui de l'Association de gestion de retraite par répartition dont nous venons de célébrer les soixante ans deux jours après.

De son côté, l'Arrco a célébré ses cinquante ans. Dans son allocution finale, le Viceprésident Gérard Ménéroud a clairement rappelé les acquis de ces cinquante ans de gestion paritaire pour en conclure qu'il fallait « garder le cap », sur un socle de valeurs que les pères fondateurs de l'Arrco avaient défini. Il les a soulignées, je les cite : « Équité, solidarité, intérêt général ».

Superbe triptyque, qui me permet de compléter : « Mutualité et paritarisme, acteurs majeurs de la solidarité pour un nouveau contrat social ».

Selon moi, le vrai clivage porte davantage sur la différence entre sociétés de personnes et sociétés de capitaux. Nous n'avons pas à rougir de notre modèle de gouvernance. Bien au contraire, il faut le promouvoir. A cet égard, le 2^{ème} pilier de la Directive européenne « Solvabilité 2 » apparaît comme une remise en cause de notre modèle et doit être contesté.

Les différents orateurs auront sans doute l'occasion de développer ces points. A commencer par notre ami, Dominique Boucher, qui vous présentera les différents enjeux posés par le thème qui nous occupe aujourd'hui.

La question du rôle et de la place de la protection sociale complémentaire pose, par extension, celle de la responsabilité des acteurs de l'économie sociale dans l'accès aux couvertures sociales. Le grand éditorialiste d'Alternatives économiques, Philippe Frémeaux, aura, je le crois, à coeur, de nous apporter des premiers éléments de réponses. De même, je me réjouis d'entendre Maître Lautrette sur la déclinaison de la mission d'intérêt général appliquée à nos groupes paritaires ou mutualistes.

Après un traditionnel jeu d'échanges avec la salle, nous aurons le plaisir d'assister à une Table ronde animée par Monsieur Bertrand Fragonard, Président délégué du Haut Conseil de la Famille, et à laquelle participeront le Député de la Vendée, le Député de l'Ardèche et le Secrétaire national honoraire de la Confédération des syndicats chrétiens de Belgique.

Je ne serai pas plus long. Je vous redis tout le plaisir que j'ai à vous accueillir et vous invite dès à présent à suivre les débats de ce colloque, et vous remercie de votre attention. ■

Alain Chenot

Président de l'Ipse



Je voudrais souligner l'identité de vue que nous avons tous sur beaucoup de points et d'abord des responsabilités partagées entre mutualités et instituts de prévoyances, tout cela pour défendre et aboutir à une reconnaissance de l'utilité d'une démarche solidaire et concrète dans nos activités professionnelles.

L'Ipse est depuis son origine promoteur de dialogue entre acteurs de l'économie sociale, que ce soit en France ou en Europe, à Paris, à Bruxelles ou ailleurs. Il s'agit pour l'Ipse de mettre en évidence ce qui se ressemble et ce qui rassemble. Le fait est que depuis un certain nombre d'années, l'environnement a évolué. Le monde bouge, le contexte politique fiscale

et réglementaire tend à unifier les règles applicables d'ordre technique, que ce soit aux assurances, aux mutualités et aux institutions de prévoyance, et tout cela constitue un facteur de banalisation en plus des raisons de compétitivité, de concurrence sur un marché. Je retiens l'expression habituelle : « même métier, même fiscalité, même code ».

Il fallait donc réagir - c'est ce que nous avons fait ensemble déjà depuis quelques années - pour affirmer les valeurs qui différencient nos activités. Mais cette affirmation ne suffit pas. La différence doit être démontrée concrètement, être positive et non seulement défensive. Il s'agit de conjuguer la compétitivité, l'utilité et la solidarité, tout cela à travers une mutualisation au service de l'intérêt général. Ces mots vont très certainement être développés dans le courant de cette matinée.

Cette reconnaissance que nous poursuivons ne va pas de soi. Nous nous rappelons la réflexion des institutions de Bruxelles vis-à-vis de la Mutualité belge qui avaient répondu : « dites ce que vous faites, et non qui vous êtes ». L'appel est donc clair, les positions et les actions doivent être constructives en dépit des règles techniques qui s'appliquent à tous.

Il ne s'agit pas de céder à la sinistrose de l'époque, de baisser les bras, de se banaliser jusqu'à ne plus exister. Nous devons engager au contraire le projet d'une claire reconnaissance de notre mission d'intérêt général. La protection sociale complémentaire solidaire doit apparaître comme une nécessité dans la société de demain : c'est un des thèmes que nous aurons lors de la table ronde dans quelques instants.

La réflexion de ce matin est non seulement utile mais très intéressante. Elle rejoint que ce soit par l'approche juridique, sociologique ou des perspectives ouvertes, une prise de responsabilité active de tous : il s'agit de mutualistes ou de partenaires sociaux. L'enjeu est selon moi de taille, nous avons besoin également de relais de la représentation nationale et européenne, en dépit des difficultés économiques, des courants individualistes, des ten-

dances libérales. Mais en définitive, si nous sommes tous convaincus de la justesse de notre positionnement par rapport au marché et de la nécessité de l'action solidaire, je pense que notre succès sera garanti. ■



Présentation des enjeux du 9^e Colloque professionnel

Dominique Boucher

Délégué général de l'Ipse



Je me joins à notre Président Alain Chenot pour remercier notre précieux adhérent et très cher ami André Renaudin pour, d'une part, nous accueillir à nouveau pour un Colloque professionnel de l'Ipse, d'autre part, et c'est tout aussi appréciable, pour la qualité de sa contribution lors de son allocution de bienvenue, qui dépasse et de loin d'agréables propos d'accueil pour aussi apporter une réflexion pertinente à nos débats de ce jour et aux perspectives qui s'ensuivront.

Ce 9^e Colloque professionnel Ipse se situe dans le contexte de crise multidimensionnelle qui touche actuellement l'Europe, mais pas seulement.

En 2008, les dirigeants des Etats membres de l'Union européenne, les institutions européennes se félicitaient de la dimension sociale de l'Europe, du rôle qualifié «d'amortisseur social» de la protection sociale européenne, pour pondérer sensiblement les effets tant économiques que sociaux de la crise financière.

En 2010 et 2011, une marche arrière-toute s'est toutefois opérée, la préférence revenant à une stratégie « court-termiste » pour répondre à l'urgence des déséquilibres budgétaires devenus contagieux. Les Etats sur la sellette, sur l'insistance de la Commission et du Conseil européen, ont ainsi mis au point de drastiques plans d'austérité aliénant avant tout des droits sociaux et corrigeant à la baisse les niveaux de protection sociale.

Grâce notamment à son dispositif complémentaire et solidaire fort, la France a jusqu'ici préservé un niveau de protection sociale efficient : les mutuelles et les institutions paritaires, par leur action complémentaire et en aucun cas substitutive aux régimes de sécurité sociale, avaient su et pu maintenir, bon gré mal gré, une certaine qualité dans la prise en charge des soins de santé et des revenus de remplacement.

Or, parmi les mesures visant la réduction de la dette par l'accroissement des ressources fiscales, l'une touche les organismes en charge de la gestion de l'assurance maladie complémentaire. La taxation des contrats collectifs et individuels, née durant l'été 2009 et annoncée comme provisoire, est augmentée sensiblement, s'ajoutant ainsi au financement intégral et coûteux de la couverture maladie universelle complémentaire. Si le niveau des prestations ne risque pas toujours d'être affecté, la capacité des individus et des entreprises à accéder à des couvertures sociales acceptables pourrait, elle, l'être.

Déjà malmenée par la Commission européenne avec la remise en cause des «contrats res-

ponsables solidaires», les mutuelles et les institutions paritaires craignent et souffrent ainsi d'être stigmatisées alors que toutes tendances politiques démocratiques reconnaissent leur objet premier : permettre, par la voie de la solidarité, l'accès le plus égalitaire à la protection sociale, source première de cette cohésion sociale.

Pour autant, cette reconnaissance qui s'inscrit dans le cadre de l'intérêt général exige des adaptations et des innovations pour répondre à des défis globaux tels l'allongement de la durée de vie, les nouveaux parcours professionnels, l'accroissement des dépenses de santé, l'évolution de la structure familiale, l'accroissement de la pauvreté. **C'est le sens de la Charte européenne des entreprises de protection sociale solidaire, adoptée par le Conseil d'administration de l'Ipse composé de tous ses adhérents mutualistes et paritaires.**

Aussi fort de nos convictions de la protection sociale solidaire, nous jugeons essentiel de reconnaître davantage le rôle des entreprises de statut mutualiste, paritaire et coopératif œuvrant dans le domaine des assurances de personnes (prévoyance, santé, retraite, ...). Celles-ci, par leurs activités, permettent le maintien d'une protection sociale efficace.

En complément aux régimes de sécurité sociale, socle premier de la solidarité, elles se veulent actrices à part entière de la construction d'une protection sociale responsable, citoyenne et juste.

N'ayant pas par principe d'actionnaires à rémunérer, les mutualités et institutions paritaires ne sont pas soumises à des impératifs court terme de rémunération du capital. En satisfaisant à un haut niveau de solvabilité qui permet une sécurité optimale sur le long terme, elles consacrent leurs résultats à l'intérêt exclusif de leurs adhérents ou sociétaires.

Pour autant, il n'est plus d'actualité de s'en tenir à la proclamation de valeurs aussi réelles soient-elles. L'économie sociale et paritaire, dont les outils majeurs sont les mutuelles et les groupes de protection sociale gérés par les partenaires sociaux, peut répondre aux exigences de l'intérêt général. Dans le cadre des obligations communautaires, leurs missions doivent être reconnues par la République (dans le cas de la France). De son côté, l'Union européenne doit doter de droits nouveaux l'économie sociale. Des signes d'encouragement récents existent.

Après avoir publié en octobre dernier une communication intitulée « Initiative pour l'entrepreneuriat social – Construire un écosystème pour promouvoir les entreprises sociales au cœur de l'économie et de l'innovation sociales » (simultanément à une communication sur la responsabilité sociétale d'entreprise), la Commission a organisé un Colloque ouvert le 18 novembre pour poursuivre les réflexions sur le sujet.

Dans ce contexte, la Commission a proposé le 7 décembre dernier la création d'un nouvel label intitulé « Fonds d'entrepreneuriat social européen » qui permettra aux investisseurs d'identifier clairement les fonds d'investissement dont l'objet principal est d'investir dans des entreprises sociales.

De son côté, le Parlement européen vient de publier une étude sur le rôle des sociétés

mutuelles au XXI^{ème} siècle, s'intéressant ainsi aux spécificités et besoins des mutuelles, dans l'objectif de créer à terme un cadre adapté à leur développement.

Convaincus que la protection sociale solidaire, au-delà de son rôle reconnu d'amortisseur social, est la première réponse à la crise, l'Ipse appelle donc l'ensemble des acteurs politiques et sociaux à soutenir la voie de la solidarité, des ses expressions législatives et conventionnelles, pour concourir à un nouveau contrat social assurant la pérennité de notre société démocratique et basée sur la cohésion sociale. ■

Quelle doit être la responsabilité des acteurs de l'économie sociale dans l'accès aux couvertures sociales

Philippe Frémeaux

Editorialiste à Alternatives économiques



1. L'économie sociale est une émanation de la société civile.

Elle s'est développée historiquement pour offrir des biens et services que ni l'Etat, ni le marché proposaient de manière satisfaisante ; Elle a ainsi joué un rôle essentiel dans l'essor de la protection sociale, même si son destin s'est inscrit sous le triple signe de la récupération (pour le meilleur quand ses initiatives sont généralisées au bénéfice de tous. Exemple : la création de la Sécurité sociale), de la banalisation (pour le pire : quand ses offres ne se distinguent plus de celles des sociétés de capitaux), de l'instrumentalisation (quand les organisations de l'économie sociale perdent toute autonomie stratégique à l'égard des pouvoirs publics ou servent d'alibi à une

diminution du champ de la protection sociale collective obligatoire au bénéfice de tous).

2. Dans le domaine de la protection sociale, les organisations de l'économie sociale conservent aujourd'hui toute leur légitimité. Afin que le débat ne se résume pas au seul face à face d'un Etat qui serait l'organisateur de garanties collectives et de sociétés de capitaux offrant en toute liberté des assurances privées à la seule clientèle solvable. Elles assurent à la fois des compléments de garantie dans des conditions plus solidaires que le privé, à condition toutefois que leurs vertus soient reconnues par l'autorité publique sous forme notamment de régimes fiscaux-sociaux spécifiques qui sont la juste contrepartie des solidarités qu'elles offrent. Les organisations de l'économie sociale ont en outre pour fonction de porter une parole autonome sur les besoins sociaux et leurs évolutions.

3. En matière d'assurance-maladie, un domaine où le besoin est illimité, on n'échappera pas à la définition d'un panier de soins définissant les contours des soins assurés à tous. Cela sera d'autant plus nécessaire si, demain, le financement de l'assurance-maladie tend à être fiscalisé, la CSG perdant son autonomie d'impôt affecté. La place des assureurs complémentaire non sociétés de capitaux (mutuelles et instituts de prévoyance) est claire : ils doivent à la fois porter la solidarité dans un contexte où un nombre croissant de personnes renoncent à entrer dans le système de soins du fait d'un reste à charge trop important – en assumant notamment le financement de la CMU-C. Les mutuelles et instituts de prévoyance doivent également aussi porter une parole en matière d'organisation du système de soins, qui les sort d'une stricte posture d'assureur. Les complémentaires de l'économie sociale pousser à une moralisation de l'offre soit en faisant pression sur le contenu des conventions, soit en organisant leur propre système de conventionnement, soit enfin en se positionnant comme offreur de soins dans le domaine hospitalier (mais aussi en matière de gestion d'ehpad), face au secteur privé.

4. En matière de retraite, la situation est différente. La logique d'évolution est clairement aujourd'hui de fusionner les niveaux 1 (CNAV) et 2 (AGIRC-Arrco), dans un système qui associeraient les différents acteurs autour de la table (à la manière de Pôle Emploi...). Les régimes sont ici étroitement encadrés par les pouvoirs publics, même si les partenaires sociaux conservent une certaine autonomie stratégique. Un champ reste ouvert cependant pour la prévoyance.

5. En matière de dépendance, les pouvoirs publics, en dépit des promesses faites en 2007, n'ont toujours pas défini ce que pourrait et devrait être le régime de base en matière de dépendance tant sur le plan de son financement que des garanties offertes, même s'il apparaît clair que le régime futur maintiendra des prestations sous conditions de ressources. La place des acteurs de l'économie sociale demeure incertaine, même s'ils en commun de considérer qu'il ne leur revient pas de se substituer à l'action publique, compte tenu du caractère spécifique de ce risque. Quant à la délivrance concrète des prestations d'accompagnement des personnes en situation de dépendance, elle suppose, pour que le service rendu soit de qualité, que la solvabilité de la demande soit assurée dans des conditions qui permettent de rémunérer les personnes comme salariées et de leur assurer un vrai parcours de qualification.

6. Au final, qu'est-ce qui différencie les acteurs de l'économie sociale des assureurs sociétés de capitaux : une gestion qui se veut démocratique ou paritaire ; la non-lucrativité ou disons plutôt l'investissement des excédents dans des projets en rapport avec l'objet social de l'entreprise ; des principes de solidarité qui s'articulent à une protection sociale collective et obligatoire dont ces organisations peuvent être soit les gestionnaires, soit les complémentaires. ■

Mutualistes et paritaires au service de l'intérêt général

Laurence Lautrette

Avocate, Laurence Lautrette & Associés



Au 18^{ème} siècle, il y a création de la mutualité. Le concept sur lequel cette idée se construit est l'idée d'hommes libres qui organisent collectivement les conditions de leur sécurité faces aux risques de maladie et d'incapacité de travail.

Au 19^e siècle, c'est la croissance économique, l'essor industriel et la création du paritarisme.

Lui aussi se construit plutôt sur le point d'équilibre, la recherche de négociations de classes, mais il se base également sur l'idée que l'on peut s'organiser collectivement de part et d'autre de la table de négociation pour arriver à construire ensemble les conditions d'une sécurité face à la maladie, l'incapacité de travail et parfois à la retraite.

L'un et l'autre n'obéissent pas à la même idée. Le paritarisme se base plutôt sur la recherche d'un point d'équilibre entre deux intérêts que l'on a l'habitude de considérer comme divergents, tandis que la mutualité tend vers la recherche collective individuelle de l'intérêt du plus grand nombre. Pour autant, elles obéissent toutes les deux à la conception en droit de structures de personnes par laquelle chacun a un droit de vote et peut participer à l'élaboration collective de ses conditions d'exercice.

Mais au début du 20^{ème} siècle, ces deux conceptions qui ont accompagné tout l'essor industriel se retrouvent cognées contre une porte de verre qui s'appelle le marché. Elles se sont développées tranquillement dans un domaine qui n'était pas officiellement celui d'un monopole mais qui l'était officieusement, ce qui fait qu'elles avaient recourt aux techniques d'assurance mais deux familles se sont développées parallèlement : d'un côté, les structures plutôt de type capitalistique, appelées les assureurs, relèvent d'une situation de marché dans laquelle ils ont grandi ; d'un autre côté, les structures de personnes qui relèvent plutôt d'une structure de monopole donc elles n'ont pas intégré dans leur ADN la réalité d'une situation de marché. C'est dans cet état qu'elles arrivent au tournant du 20^{ème} siècle, aux alentours des années 1950.

Sur le plan juridique, il y a une articulation claire avec la loi Evin, un avant- un après. Ce texte est vraiment en haut de la colline : avant lui, on monte et après lui, on descend, ou vice-versa, c'est une question de point de vue. La loi Evin a établi principalement, pour toutes les familles d'assureurs un même corps de règles. Elle a créé, pour toutes les familles d'assureurs d'abord des autorités de contrôle rigoureusement identiques pour chaque famille, et puis la même autorité de contrôle pour tout le monde. Ensuite, elle a obligé toutes les

familles d'assureurs, quelque soit leur forme juridique, à provisionner leurs engagements, ce qui est une révolution. En soumettant à un même corps de règles et à une même autorité de contrôle toutes les familles d'assureurs, elle a abouti à ce que, dès lors qu'ils sont tous mis dans une situation de marché avec les mêmes règles du jeu, les opérateurs évoluent dans un même environnement et soient mécaniquement contraints à standardiser leurs pratiques.

Il y a donc une source juridique. Or, le droit c'est un choix. Nous ne voyons pas forcément les conséquences mais il est clair que nous choisissons la loi Evin, qui allait majoritairement dans le sens du progrès, d'une meilleure protection des assurés, et nous choisissons ainsi de placer toutes les familles d'assureurs sous le même angle de fonctionnement. Dès lors qu'elles sont en concurrence les unes avec les autres, toutes ces familles d'assureurs arrivent peu ou prou dans leurs pratiques à avoir les mêmes offres, les mêmes prestations. Il faut être aussi attractif que le voisin et le critère prix devient un critère discriminant.

Mais il y a un deuxième point moins visible qui prend racine dans une réalité juridique. En réglementant les activités des organismes, la loi Evin a impulsé de manière plus insidieuse une profonde évolution sur le rôle des organes de gouvernance, et cela en obligeant les organismes à fabriquer des provisions. Quelque soit leur forme juridique, elle crée au bénéfice de l'assuré un droit. Ce droit est assis sur une valeur quantifiable, calculable chaque année, traduisible en euro (ou en franc à l'époque). Dès lors que l'on fait un droit qu'il est impossible de réduire, dont la quantité est actuariellement évaluée, cela provoque une profonde bascule de la dimension essentiellement politique vers une dimension essentiellement technique du calcul du droit des assurés.

Dans les organismes qui ne constituaient pas de provisions et qui de ce fait baissaient les prestations d'une année sur l'autre, il y avait un droit qui s'arbitrait tous les ans, en assemblée générale ou en conseil d'administration, et il fallait beaucoup de légitimité pour aller expliquer à ses propres adhérents et électeurs qu'on allait augmenter les cotisations et/ou baisser les prestations. Il fallait de la transparence ainsi qu'une véritable autorité morale sur ses propres électeurs. A partir du moment où on n'a plus tous les ans un droit qui s'arbitre mais un droit qui se calcule à partir de paramètres inscrits dans un règlement, cela peut évoluer, les critères de mouvements et d'évolutions sont prévus au départ. Les variations ne sont plus en fonction de considérations politiques mais en fonction de paramètres techniques : changement de tables, de taux, etc. Dès lors, lorsque les organismes constituent des provisions, ils fabriquent de la technique et du contrôle, de la transparence et du contrôle, des procédures de prises de décisions et du contrôle, mais beaucoup moins de politique.

Il s'agit de cette dernière évolution que nous n'avons pas vu tout de suite mais qui a profondément révolutionné les mondes mutualistes et paritaires parce qu'elle a déstabilisé l'idée que les paritaires et les mutualistes se faisaient d'eux-mêmes. Depuis 20 ans, la loi Evin a initié une tendance qui n'a fait que se renforcer : la séparation des activités d'assurances et de l'action sociale. Puis au sein de l'action sociale, la séparation d'activités qui relèvent des activités de marché de celles qui n'en relèvent pas. En 2003, c'est l'exclusion achevée

du comité d'entreprise comme acteur de la prévoyance : celui-ci a maintenant un rôle de contrôle important sur l'information mais n'a plus un rôle d'acteur initiateur d'une politique ; c'est l'interdiction maintenant de limiter les appels d'offres à une forme spécifique d'assureur ; enfin, c'est l'asphyxie progressive des modes de prise de décisions collectives propres aux structures mutualistes et paritaires au profit d'un mode de prise de décisions individuel bilatéral, propre à la culture contractualiste du droit des assurances.

Lorsque nous sommes un organisme mutualiste ou paritaire, nous rentrons dans l'obligation de parler une langue qui n'est pas la notre : le contractuel des affaires. Appliqué au droit des assurances, c'est un rapport contractuel d'un individu avec un opérateur, encadré par le droit de la protection du consommateur, appliqué au droit des assurances. Nous le voyons tous les jours dans notre quotidien.

Dans le monde mutualiste, quel est le poids de la décision d'assemblée générale qui est l'organe naturel pour définir les prestations et les cotisations lorsque cette mutuelle souscrit avec une entreprise un contrat particulier ? Aucun, l'assemblée générale est totalement dénuée de ses pouvoirs. Quel est le poids dans le paritaire d'une décision de convention collective de branche qui définit les prestations et les cotisations (mode de fabrication collective de la situation) face à l'obligation de l'institution de prévoyance qui doit, pour que ce soit opposable à chaque entreprise, notifier à chacun le règlement lorsqu'il a été modifié ? Ce sont des empilements de modes de prises de décisions individuelles, bilatérales, sur des modes de prises de décisions collectives, qui asphyxient progressivement ces derniers.

Aujourd'hui, les organismes mutualistes et paritaires vivent un grand écart permanent entre modes de prises de décisions propres à l'activité d'assureur qui est la leur, de plus en plus réglementé, et la forme juridique de structures de personnes qui restent pourtant vivante. A chaque instant les rapports de l'organisme avec la personne doivent s'inscrire dans une relation avec un assuré qui est aussi un membre, qui est aussi un assuré, qui est aussi un membre, etc.

Pourtant, ces organismes particulièrement en butte aux difficultés de leur réglementation sont aussi intéressants que des populations qui ont grandi des deux cotés de la méditerranée ou des deux cotés de l'Atlantique. Ils sont plus riches que les autres parce qu'ils ont été depuis 20 ans obligés de faire preuve de plus de créativité pour essayer et parvenir à s'adapter à des prévisions qui ne leurs sont pas naturelles, tout en essayant de conserver ce qui les constitue profondément. Et s'ils trahissaient ce qui les constitue profondément, ils mourraient définitivement.

Mais de la même manière qu'on ne peut pas assécher une rivière, on ne peut pas totalement assécher les cultures mutualistes et paritaires. J'aurais tendance à dire que tout cela a été une force pour elles, une meilleure manière de se refabriquer. Je voudrais pour preuve le sujet de mon intervention qui est la pratique juridique de l'intérêt général dans les différents organismes.

1. La pratique juridique de l'intérêt général dans les différents organismes

- *La mission d'intérêt général dans les organismes de retraites complémentaires*

Monsieur Frémeaux a dit précédemment : « il faut reconnaître que, pour la retraite complémentaire, il y a une grande mission de service public ». C'est effectivement fait : la mission d'intérêt général des organismes de retraites et de leur fédération est inscrite dans le code de la sécurité sociale depuis 1994.

Qu'est ce que la mission d'intérêt général ? En 1994, personne ne sait vraiment. Mais à force de gérer les régimes, les partenaires sociaux ont fini par donner un contenu à cette notion. Pour eux, il s'agit de la défense des intérêts matériels et moraux des régimes, c'est un contenu très précis, initié et éclairé par la jurisprudence. Il s'agit d'assurer en toutes circonstances que les cotisations versées donneront lieu toujours aux paiements d'une pension. La jurisprudence, depuis le fameux arrêt Agirc du 23 novembre 1999, a conforté les partenaires sociaux dans leur quasi totale liberté d'action, dès lors que l'objectif poursuivi est celui que je viens d'indiquer, pour peu que l'on respecte un objectif d'égalité, de solidarité et de proportionnalité dans les mesures appliquées. Cet arrêt est fondateur pour la théorie des régimes complémentaires par répartition. Mais d'autres jurisprudences sont venues ensuite entailler et solidifier cet édifice.

Aujourd'hui, il ne fait pas l'ombre d'un doute que la garantie de disposer à la fin de sa vie active d'une retraite par la mise en œuvre d'une technique de répartition procède d'une mission d'intérêt général. Cette mission est appelée « mission de service public » alors que c'est la tutelle de l'Etat qui s'impose, ou « mission d'intérêt général » parce que cela donne plus de latitude et plus d'autonomie aux partenaires sociaux ; la notion est néanmoins rigoureusement la même. Elle donne lieu à des contraintes qui peuvent aussi s'appliquer aux autres organismes qui travaillent avec les institutions paritaires et également à des prérogatives de puissances publiques. Ces contraintes s'appliquent aux institutions, les fédérations Agirc - Arcco sont quasiment devenues une tutelle déléguée de la puissance publique mais aussi une contrainte qui s'applique aux autres organismes qui naturellement ne rentrent pas dans le champ de compétences des fédérations Agirc - Arrco. Lorsque le code de la sécurité sociale donne aux fédérations Agirc - Arcco un droit de contrôle et un droit de suite sur l'ensemble des organismes du groupe, c'est véritablement là l'exercice d'une prérogative de puissance publique. Ce droit de contrôle et de suite est justifié par la mission d'intérêt général qui est reconnue aux institutions de retraites. Lorsque dans les groupes, les fédérations Agirc - Arrco imposent en matière de gouvernance qu'une prééminence soit donnée, c'est une double prééminence : prééminence d'une part à la conception paritaire des organes de tête et, prééminence d'autre part aux représentants de la retraites sur ceux de la prévoyance qui procède d'une prérogative de puissance publique.

Cette règle peut constituer un frein à l'intégration des organismes mutualistes au sein des groupes de protection sociale. Je peux m'interroger sur la représentativité des organes de têtes à l'égard de l'ensemble des membres du groupe, avec toutes les réserves que l'on

peut faire sur la notion d'organe de tête. Cela peut éventuellement poser une difficulté lorsque la notion d'intérêt général, telle qu'elle est exprimée par les représentants de la retraite paritaire, entre en conflits avec la notion d'intérêt des adhérents, des organismes, des membres du groupe.

- ***L'intérêt des adhérents : un objectif légal des structures de personnes***

Qu'est-ce que l'intérêt des adhérents ? L'intérêt commun des adhérents d'un organisme ne peut pas se confondre avec l'intérêt général, entendu comme intérêt commun du plus grand nombre. Il faut toutefois bien avoir conscience que l'intérêt des adhérents est dans l'ADN, l'objet social des mutuels¹. L'intérêt collectif que les syndicats d'employeurs ou de salariés sont supposés défendre se retrouve également dans l'ADN des institutions paritaires. Pour autant, la mission de l'intérêt des adhérents comme celle de l'intérêt général est aussi élastique que le nombre d'organismes.

L'intérêt des adhérents se trouvent-il dans ceux qui cotisent ou ceux qui reçoivent les pensions ? Du point de vue de l'organisme, qu'est ce que l'intérêt de l'adhérent ? Est-ce l'intérêt de chaque adhérent ? Certainement pas. Est-ce que c'est alors l'intérêt du groupe si l'organisme existe au sein d'un groupe ? Est-ce que c'est l'intérêt du syndicat ou le courant majoritaire qui domine la gouvernance ? Ce sont des questions théoriques mais qui se posent sur un plan pratique.

Lorsqu'un organisme mutualiste ou paritaire répond à un appel d'offre en faisant une proposition sciemment sous tarifée, il sait qu'il entame les fonds propres constitués par tous les adhérents jusqu'à aujourd'hui : est-ce dans l'intérêt des adhérents d'aujourd'hui de développer l'organisme pour avoir un plus grand nombre d'adhérents demain ? Lorsque une assemblée générale refuse d'entrer dans un processus de fusion au motif qu'elle dispose de fonds propres suffisants, ne retarde-t-elle pas le moment de fusionner, de disparaître plus tard, plus mal, dans de plus mauvaises conditions ? Quel est l'intérêt des adhérents ? Qui en est le garant ? Est-ce que ce sont les organes légitimes représentatifs légitimes de l'organisme ?

Je pose les questions mais je ne vous donne aucune réponse, les réponses étant celles de chaque organisme face à une situation donnée. Je suis là pour illustrer combien l'intérêt de l'adhérent peut-être une notion contingente et diverse. J'ai toutefois trouvé un fil rouge dans toutes ces situations.

Par delà la diversité des situations, l'intérêt général et l'intérêt des adhérents semblent tous deux poursuivre le même objectif : fabriquer une certaine forme de pérennité (cela ne veut pas forcément dire la pérennité de l'organisme). La pérennité est l'objectif puisque nous pouvons nous demander si le facteur temps n'est pas celui qui constitue le cœur, le ciment de la relation avec l'adhérent. Dans quelle mesure finalement, pour distinguer les assureurs, ne faudrait-il pas considérer que c'est le rapport au temps qui devrait caractériser le rapport entre les structures de personnes et leurs adhérents ?

Dans les sociétés de capitaux, la jurisprudence a toujours fait clairement prévaloir l'intérêt instantané des actionnaires sur l'intérêt de l'entreprise entendue comme un ensemble pérenne. Nous ne savons d'ailleurs pas toujours très bien qui est l'actionnaire, c'est celui qui détient le capital.

Dans les structures de personnes, le temps long de la retraite par répartition et le temps lent des modes de prises de décisions s'opposent très clairement au temps court de l'actionnaire voire au temps instantané de l'actionnaire coté en bourse. A l'inverse, dans les structures de personnes, qui est réellement propriétaire des fonds propres ? C'est la question que tous les juristes qui commencent à attaquer la question de la prévoyance et des structures de personnes se posent. Les structures de personnes sont des structures de « personne », la conclusion à cette question est donc : à personne. Les fonds propres n'appartiennent surement pas aux personnes présentes présentement dans les structures de personnes.

- Le facteur temps : ciment de la relation avec l'adhérent

Bien que les règles qui nous emmènent doucement mais inéluctablement vers Solvency II ne nous aident pas, il faudrait construire sur la base du facteur temps la spécificité des relations qui lient l'adhérent à la structure. Pour le juriste, cela signifie de déjouer la discrimination en raison de l'âge, de travailler les atteintes à la libre concurrence ou bien de jouer avec la règle d'or publique qui donne le droit à l'assuré de résilier chaque année sa couverture. Cette approche est à contre courant, mais je crois que c'est une relation de longue durée qu'il faudrait pouvoir apprendre à construire, et éventuellement même sur plusieurs générations. Cela implique d'avoir une autre relation personnelle avec ses adhérents, ses assurés et ses membres, c'est-à-dire avec ces personnes qui ont trois casquettes mais qui sont les mêmes. Les procédures standardisées de courriers, de résiliations ne sont certes peut-être pas très chères à mettre en place, mais elles sont mortifères pour les structures de personnes. La course à la taille et la réduction des coûts emportent tous les organismes, quelque soit la forme juridique. Mais dans cette course, les structures de personnes ne peuvent pas se permettre de donner moins d'importance au rapport personnel qui est essentiel, c'est pourquoi il faut penser aux mécanismes de regroupements de deuxième génération. Tous les organismes sont confrontés au même problème de comment gagner en taille pour respecter les exigences de solvabilité, pour optimiser les coûts de gestion, avoir les moyens de son développement, tout en restant proche du terrain pour conserver ce qui constitue l'identité de l'organisme.

Aujourd'hui, nous n'en sommes plus à inventer des plateformes informatiques destinées peu ou prou à organiser plus tard la fusion avec la disparition de chaque organisme spécifique et je pense que c'est heureux. Ce n'est pas impossible que les adhérents, eux-mêmes, aient besoin d'une interface, d'un interlocuteur qui leur ressemble. On peut aujourd'hui fabriquer des outils qui constituent des périmètres de solvabilité plus large, qui permettent de partager des moyens et d'optimiser les coûts de gestion, sans pour autant faire disparaître complètement la raison de base qui a conduit tel ou tel à s'adresser à tel ou tel.

2. La recherche de l'intérêt collectif différencie les régimes juridiques applicables aux couvertures

Qu'est ce que c'est que l'intérêt collectif pour le juge ? C'est la solidarité, mais la solidarité est depuis longtemps une source de droit. C'est l'identification d'éléments forts de solidarité qui a permis, en son temps, aux organismes assurant les couvertures collectives obligatoires de justifier devant le juge français et devant le juge européen la validité des closes de désignations au regard du droit de la concurrence.

Tout le monde le sait, le juge européen vient de valider aussi les closes de migrations, exactement pour les mêmes motifs, en faisant exactement les mêmes observations, en se basant sur le même socle, celui des éléments forts de solidarité. Les mêmes critères de solidarité définissent les contours de l'intérêt économique général susceptibles de justifier tant les aides de l'Etat que les exemptions au droit de la concurrence.

Le législateur français s'est très largement inspiré de ces mêmes critères pour définir les couvertures susceptibles de bénéficier d'un régime fiscal ou social de faveur. Il en est ainsi pour l'exonération sociale des contributions des employeurs aux couvertures à caractère collectif et obligatoire. Nous sommes aujourd'hui régis par une circulaire du 30 janvier qui est en phase de modification et pour laquelle on attend un décret. Au cabinet Barthélemy, nous avons audité ce décret dans ces 4 versions. Il n'y a pas de différence entre ce que je dis aujourd'hui sur la base de la circulaire et dans ce que je dirai demain sur la base du décret.

C'est également les éléments forts de solidarité qui définissent le large périmètre de mutualisation, les conditions d'exonérations fiscales et sociales. Il en est de même aujourd'hui, à une moindre mesure, pour le régime d'exonérations fiscales applicables aux contrats dits solidaires et responsables et on peut regretter que les signaux envoyés par le gouvernement soient dans ce sens. Enfin, il en est de même pour le régime d'exonération fiscale pour la participation de l'Etat pour la couverture des ses personnels.

Il reste à définir le contenu de solidarité. Il s'agit d'une valeur moral, mais qu'est-ce qu'une couverture qui rentre dans les critères du juge aujourd'hui ? C'est un peu un tabouret qui comporte trois pieds :

- Tout d'abord, sur le terrain de l'assurance, **c'est une couverture qui distribue des droits non contributifs**, mais aussi de droits qui se constituent éventuellement avant et après l'entrée aux effectifs d'une entreprise donnée. Ce sont des droits qui se fabriquent sur la base d'une ancienneté dans la profession, des droits qui continuent de donner des droits après le départ du salarié de l'entreprise. Tout cela relève d'une structure de mutualisation qui élargit le périmètre de mutualisation.
- D'autre part, il y a un deuxième pied tout aussi important (bien que le volume financier soit moindre) : **l'action sociale**. Aujourd'hui, nous n'explorons pas assez l'action sociale qui doit être autre chose qu'un gadget que l'on laisse au directeur du dévelop-

pement. L'action sociale doit être le complément du complémentaire, la couverture non-assurantielle, celle qui va chercher les poches de besoins les plus reculées et répondre au besoin social que l'on ne peut pas couvrir pour tout le monde

L'objectif de l'assurance c'est de couvrir un droit que l'on a absolument le droit d'actionner a pour tout le monde dès que chacun se retrouve dans une situation donnée. L'action sociale c'est l'état de fait, c'est là où nous devons agir lorsque plus aucun droit ne peut permettre de couvrir : c'est le complément du complémentaire ; il faut avoir la vision de l'action sociale comme celle d'un deuxième pied d'un tabouret qui en comporte trois.

- Le troisième pied est celui de la **prévention**. Il s'agit de fabriquer sur le long terme des dispositifs de préventions attachés aux métiers, à l'identité professionnelle ou à l'identité culturelle d'un organisme. Il faut partir de spécificités des métiers pour construire une action sociale spécifique et une prévention spécifique, le tout sur le long terme. On n'arrête pas les caries en mettant une publicité terrible pour décourager les enfants, on arrête les caries en travaillant sur le long terme. On arrête l'asthme du boulanger en travaillant sur le long terme. On travaille aussi éventuellement avec les organismes de formation pour financer, cofinancer ou co-construire des financements des ateliers gestes et postures.

Il y a, dès lors que l'on garde une spécificité professionnelle et que l'on reste collé au terrain, tout un champ de créativité. Or, à partir du moment où il y a un peu de créativité sur l'assurance, la prévention et l'action sociale, cela ne suffit plus d'avoir un interlocuteur contractuel avec lequel on se contente de négocier un contrat. Revient alors le besoin du politique, d'un organe légitime pour définir des arbitrages. Et c'est aujourd'hui toute la problématique des couvertures de branches. Avec qui la branche, qui n'est pas une personnalité morale, va-t-elle signer le contrat d'assurance ? Comment la branche va-t-elle se donner les moyens financiers et matériels de développer une politique sociale qu'elle a le droit de développer ? Si les L4 s'étaient vu reconnaître la personnalité morale, c'est parce qu'elles donnaient vie à une volonté collective exprimée par un organe. C'est la définition même de la personnalité juridique en droit français : une volonté collective qui dépasse la simple volonté de ses membres et un organe pour l'exprimer. Il n'y a pas besoin d'avoir un article du code de la sécurité sociale qui octroie la personnalité morale, c'est une personnalité morale en droit des sociétés, c'est une société créée de fait. ■

TABLE RONDE

«Quels rôle et place de la protection sociale complémentaire solidaire dans la société de demain ?»

Bertrand Fragonard

Président délégué du Haut Conseil de la Famille



Je retiens du titre de cette table ronde le mot « demain ». J'ai déjà du mal à parler de demain et je n'ai donc aucune visibilité sur l'après-demain. Par ailleurs, je resterai centré sur la situation française, même si notre collègue belge pourra ensuite exprimer les spécificités de la législation de son pays.

Quelle est la probabilité qu'on accroisse le domaine de la protection sociale complémentaire ? Sommes-nous engagés dans un processus de désengagement ou de déport de la protection des régimes de base obligatoires vers la protection complémentaire ? Ce sont évidemment des questions tout à fait centrales puisqu'elles déterminent la façon dont les organismes vont déployer toute leur politique. La conjoncture donne beaucoup d'actualité à ces questions, bien qu'elles soient bien antérieures à la crise. Le Président de la République avait déclaré au début de son mandat qu'il y aurait un grand débat entre la base et le complémentaire, à l'époque où la conjoncture était moins crispée ; le débat n'a finalement pas eu lieu.

La vraie question est en réalité : sommes-sous capables de porter durablement le financement d'une protection obligatoire ou bien finira-t-on par déporter ? En France, même dans la conjoncture actuelle, il est frappant à mon sens de voir que ce déport est extrêmement limité, à la différence d'autres pays. Nous sommes plutôt sur un statut conservateur, sauf sur la retraite où effectivement nous avons engagé, dans une très grande continuité depuis le livre blanc de Michel Rocard, des réformes qui se traduisent par une baisse prononcée du taux de remplacement des retraites et par une indexation sur les primes. Mais en dehors de ce grand continuum, il n'y a pas de tendance caractérisée en France à se désengager en matière de régimes obligatoires et à laisser plus de place à la protection sociale complémentaire.

Ce constat peut-il bouger ? Peut-on engager un arbitrage différent entre la base et le complémentaire ? Personnellement, je pense qu'elle ne bougera pas beaucoup ; tout d'abord parce que tout le monde expérimente que les régimes de base sont des régimes solides ; ensuite parce que les Français y croient, y compris dans la sécurité juridique des régimes par répartition ; enfin parce qu'il est extrêmement difficile de désengager la sécurité sociale au profit de la protection sociale complémentaire.

Ceci étant, on ne peut pas exclure qu'il y ait des glissements plus ou moins prononcés vers le régime complémentaire. La question qui nous occupe ici est de savoir si nous irons vers le chacun pour soi ou si l'on souhaitera que la protection sociale complémentaire emprunte les voies d'une mutualisation solidaire. La probabilité pour moi est que nous n'ébranlerons pas le statut social et fiscal des contrats collectifs en entreprise, qui sont, au-delà de toute considération idéologique sur le paritarisme, le cœur de la solidité de ces institutions. Sans ce statut social et fiscal, je pense que nous verrions assez vite un réalignement d'un certain nombre de ces institutions sur les règles de marché.

Je crois que l'une des questions centrales que nous aurons à traiter dans les années à venir, c'est, en cas de déport, est-ce que ce-dernier aura lieu sur les couvertures individuelles ou sur des couvertures collectives, plus ou moins mutualisées et enracinées dans les entreprises pour un partie d'entre elles. En effet, les deux mécanismes ne sont pas du tout les mêmes : nous voyons bien que pour les couvertures individuelles, les règles de marché sont beaucoup plus strictes. Et l'on voit bien d'ailleurs que toute institution qui essaye de s'en éloigner est vite ramenée à la règle du marché. Les institutions collectives, mutualistes, ont, elles, une marge d'action pour mutualiser sur des formes solidaires de façon beaucoup plus effective.

Mon intuition que je soumets au débat est que, sur le court terme, la place des grandes institutions paritaires et des contrats collectifs ne sera pas remise en cause. Je pense même que l'une des stratégies de l'Etat est de renforcer cette contrainte de façon à ce que les organismes de protection sociale complémentaire agissent de façon plus solidaire.

Nous avons parlé précédemment de la loi Evin. Mais si vous regardez les éléments marquants de ces dernières années, outre le fait qu'on a réservé le statut social et fiscal à des contrats obligatoires, que peu à peu l'Etat se préoccupe de faire en sorte que la diffusion des produits d'assurance soit moins inégalitaire entre entreprises ou entre CSP au sein de l'entreprise, on voit également que peu à peu l'Etat instille des règles assez fondamentales sur la tarification. Il y va doucement parce qu'il ne faut pas bousculer ou choquer les uns et les autres, mais si vous réfléchissez à la tarification avec l'âge des couvertures maladie, on voit bien que peu à peu l'Etat cherche à contraindre à ce qu'il y ait une certaine solidarité. Il est évident qu'il faut s'appuyer sur la mutualisation collective et le statut social et fiscal pour faire bouger les règles de tarification.

Ma conviction est donc que la mutualisation collective solidaire, telle que vous la vivez, a de beaux jours devant elle, à supposer qu'elle puisse gérer ses contraintes sans trop de difficultés ou de contradictions.

Sur quel champ la protection sociale complémentaire solidaire peut-elle alors se déployer ?

- Sur l'assurance maladie : certainement beaucoup.
- Sur la dépendance : je ne comprends pas qu'on attende que l'Etat clarifie sa doctrine. Pour ce qui est du gouvernement actuel, la doctrine est connue et l'on connaît

à peu près le périmètre possible du régime public. Du côté du Parti socialiste, il faut rappeler que la loi de 2001 a ancré la condition de ressource dans le régime de l'APA, ce qui laisse un champ considérable pour la protection sociale complémentaire. Je ne suis pas convaincu que ce choix ne sera pas consolidé dans les années à venir, compte tenu de la lourdeur des contraintes financières.

- Sur la retraite : cela continuera à se déployer mais avec une relative lenteur, alors que le taux de remplacement des retraites change vite, les produits de mutualisation seront peut être moins développés que ce qu'on aurait pu penser.

Ce sont là des champs où la protection sociale complémentaire continuera à se développer et il n'y a aucune fatalité à ce qu'on ne puisse pas avoir une gestion solidaire. Ma conviction est en tout cas que l'Etat y conduira.

Pour finir, j'aimerais évoquer le rapport dit « Chadelat » qui n'avait pas plu à grand monde à l'époque. Il s'agissait de dire qu'il y allait avoir une base obligatoire, puis un deuxième étage obligatoire normé de protection complémentaire, et enfin un troisième étage pour faire joli. Cela veut dire que pour des fonctionnaires, le deuxième étage sera dans la main de l'Etat. Et l'une des questions est de savoir comment l'on négociera avec l'Etat pour garder de l'autonomie, de la liberté, de la capacité d'initiative, alors que l'aspiration du fonctionnaire sera d'arrimer le deuxième étage au premier étage de base. ■

Jean-Luc Prével,

Député Nouveau centre, vice président de la commission des affaires sociales



La première question concerne le paritarisme et la mutualité. Le paritarisme, c'est gérer par les partenaires sociaux, entre employeurs et salariés. La mutualité, ce sont des adhérents à des mutuelles qui gèrent et administrent en principe la mutuelle qui est responsable et soucieuse des adhérents. Enfin, il y a les assureurs. Et tout se complique car on ne fait pas réellement la différence à la télévision entre une mutuelle et une assurance.

La protection sociale dans notre pays est plutôt d'une grande qualité. Nous avons beaucoup de chance par rapport à d'autres pays et tout le monde est à peu près d'accord pour dire qu'elle joue un rôle d'amortisseur social qui permet de traverser des crises - en espérant que celle-ci se termine bientôt – sans trop de dégâts.

J'ai actuellement un premier problème concernant la protection sociale. Nous venons de discuter du Plan de financement de la Sécurité sociale pour 475 milliards d'euros et, à cette occasion, j'ai défendu l'idée - que l'on défendra encore avec le Nouveau centre – **d'une**

« règle d'or sociale » : il s'agit de voter le budget de la sécurité sociale en équilibre. Tout le monde est en effet d'accord pour dire que l'on ne veut pas confier à nos enfants et à nos petits enfants nos déficits. Nous allons pourtant voter cette année le déficit global, et comme on a transféré l'année dernière à la Cades une partie du déficit prévisionnel de la retraite et du Fonds de Solidarité Vieillesse, il reste 8,2 milliards qui ne sont pas financés. J'ai donc proposé que soit transféré à la Cades cette année les 8,2 milliards. En remontant la CRDS, cela suffit puisque la Cades vit jusqu'en 2024 de 0,5% : ceci permettait de présenter une loi de financement de sécurité sociale en équilibre, ce qui est la moindre des choses. Et vis-à-vis des agences de notation, cela aurait pu avoir un certain succès.

J'étais très étonné de voir que ni à l'UMP, ni au PS, on ne reprenait cette idée. Pourtant, chacun dit qu'on ne veut pas donner à nos enfants les déficits, mais personne n'a fait de proposition pour voter ce budget en équilibre. Même la presse n'a pas repris cette initiative. Valérie Pécresse m'a finalement dit que cette idée était pertinente mais que c'était trop tôt, or je me demande pourquoi étant donné que plus vite nous résoudrons les problèmes de déficits, mieux cela vaudra. J'ai vu par ailleurs que le Président de la République relance le principe de la règle d'or en général, mais nous pourrions commencer par la règle d'or social puisqu'il s'agit de 8,2 milliards d'euros à financer alors que pour le budget de l'Etat, le déficit doit être de l'ordre de 1000 milliards ; ce sera donc un peu plus difficile de le voter en équilibre, même si cela est souhaitable.

L'Organisation de notre pays est globale et complexe : il y a un niveau de base pour la santé, la retraite, qui est assuré par la collectivité avec plus ou peu de paritarisme, surtout au niveau de la santé ; un niveau complémentaire géré par la mutualité, les institutions de prévoyance, les assureurs, avec le paritarisme encore très présent notamment dans la gestion des régimes complémentaires de retraites et les institutions de prévoyance, et puis la mutualité, qui a un rôle important dans la santé. Mais là où notre système social en France est également assez compliqué, c'est concernant le rôle que jouent les collectivités (communes, départements). Or, il n'y a pas toujours une bonne association dans ce système complexe.

Contrairement à ce qui a été dit précédemment, il y a des transferts qui se font assez régulièrement, notamment dans le domaine de la santé. Ces transferts sont d'ailleurs progressifs et se font sans discussion préalable. On voit d'ailleurs la sortie récente des affections longue durée (ALD), de l'hypertension artérielle qui sera pris en charge par les complémentaires sans qu'il n'y ait eu de discussion en amont. Il y a aussi des augmentations régulières, par exemple les franchises, le forfait journalier, etc. Il y a donc indubitablement des transferts réguliers sans discussion préalable vers les complémentaires, et en plus une taxation récente.

Dans cette période de crise, le paritarisme aide d'un point de vue majeur le fonctionnement de notre société. C'est de la démocratie sociale, mais à condition que cela aille en direction d'une responsabilisation des acteurs. Aujourd'hui, lorsque l'on regarde la gouvernance de certaines mutuelles, des institutions de prévoyance, on peut se permettre d'avoir

des doutes : les acteurs sont-ils vraiment responsables ? Leur demande-t-on vraiment leur avis ? Idéalement, oui, dans la pratique, cela reste à prouver.

Pour moi, **la place du paritarisme ne se discute pas et devrait être renforcée dans les domaines financés par des cotisations salariales et patronales.** Il s'agit bien sûr des retraites de base et complémentaire, les accidents du travail et maladies professionnelles, et enfin ce qui concerne l'emploi et le chômage. Sa place est en revanche plus discutable sur les politiques de santé et de la famille. La santé est aujourd'hui totalement étatisée, surtout après la réforme de la loi HPST, la création des agences régionales de santé (ARS) avec le pilotage national. Désormais, les partenaires sociaux n'ont plus leur mot à dire dans la santé au niveau du régime de base. Cela est financé par des impôts et taxes et il n'y a aujourd'hui plus de cotisations salariales maladie (sauf pour les accidents du travail) donc le paritarisme n'a plus lieu d'être.

Dans la retraite de base, le rôle du paritarisme est aujourd'hui nul au niveau de la Cnav puisque les partenaires sociaux ne décident plus des cotisations ni des prestations et n'ont donc aucun rôle. En revanche, les partenaires sociaux gardent un rôle important dans la retraite complémentaire Agirc-Arrco, même si l'Etat valide les accords et qu'ils doivent rendre compte à l'Etat au niveau de la gestion.

Au Nouveau Centre, nous défendons depuis longtemps l'idée **d'aller de la retraite de base vers un régime universel à point ou à comptes notionnels,** gérés par les partenaires sociaux. Je souhaite en effet que les partenaires sociaux gèrent vraiment le régime de base, c'est une façon de les responsabiliser et quand il y a un problème, par exemple de démographie, qu'ils constatent et formulent des propositions. Aujourd'hui, certains syndicats de salariés, malgré l'augmentation de la durée de vie, protestent quand on propose une modification pour essayer d'équilibrer les comptes. S'ils avaient à gérer cela, ils devraient eux-mêmes faire des propositions pour que les régimes de retraite de base soit équilibrés. Il y aurait évidemment mise en extinction des régimes spéciaux puisque, si l'on avait un régime universel, il faudrait que les régimes spéciaux intègrent le régime de base, même si cela ne se ferait de toute évidence pas du jour au lendemain.

Le rôle et la place des partenaires sociaux devraient également être renforcés dans les accidents du travail et maladies professionnelles. Il y a là un vrai rôle à jouer, notamment dans la prévention des accidents du travail. La question que je pose en rencontrant des responsables syndicaux est : souhaitez-vous être vraiment responsables ? Il n'est en effet pas logique de demander le paritarisme et de ne pas vouloir prendre des décisions. Certains ont l'air prêt à endosser la responsabilité du régime de base, d'autres le sont un peu moins me semble-t-il, mais il faut les pousser à cela.

Pour le domaine de la santé, **l'Unocam est appelée à jouer un rôle de plus en plus important** puisqu'on a un report vers les complémentaires qui n'est pas volontaire mais mis devant les faits accomplis des décisions de la CnamTS et du gouvernement sur la diminution du remboursement des médicaments. Quand il y a décision d'un report de cette sorte, je

ne suis pas sûr que les complémentaires soient associées, elles sont mises devant le fait accompli : c'est le problème des franchises médicales, des forfaits journaliers, et la sortie récente de l'ALD de l'hypertension artérielle - ce que j'ai trouvé pour ma part une vraie absurdité puisque si les hypertendus se soignent moins bien demain parce qu'ils ne sont plus pris en charge à 100%, on aura demain des complications d'infarctus, d'accidents vasculaires cérébraux, qui coûteront en définitive plus chers et en termes de santé publics.

L'un des problèmes que l'on a à résoudre aujourd'hui, ce sont les dépassements d'honoraires. Nous voyons que le secteur optionnel n'est pas la panacée puisque cela ne règle pas le problème des grands dépassements d'honoraires. La solution, comme le dit Xavier Bertrand depuis quelques temps, c'est qu'il aurait fallu revaloriser régulièrement les actes, c'est-à-dire mettre en place un CCM clinique, un CCM technique, et il n'y aurait ainsi pas eu régulièrement un problème de dépassement d'honoraires. Je me demande juste comment l'on peut revaloriser les actes avec un Ondam à 2,5%, je doute qu'on puisse le faire dès demain.

Dans les discussions actuelles, nous avons mis dans la loi un Ersatz de secteur optionnel. Les complémentaires ne sont pas très partantes, surtout la Mutualité, d'autant plus après l'augmentation de la taxation des contrats solidaires qui est arrivée sans grande négociation.

Il y a eu un rôle important des complémentaires dans la gestion des services et l'on voit très bien au niveau des lunetteries, des pharmacies, du dentaire, et même des cliniques, qu'il y a tout un volet à prendre en compte. Les discussions récentes sont aussi sur les réseaux de soins, qui avaient été votés dans la proposition de loi Fourcat, puis annulés par le conseil constitutionnel, mais qui devraient revenir. Le problème est de savoir s'il faut des réseaux de soins ouverts ou fermés. Pour moi, les réseaux de soins devraient être basés sur la qualité des soins. Malheureusement, j'ai peur que les complémentaires aient actuellement pour principal souci de faire des économies. Donc si avoir des réseaux de soins doit vouloir dire faire des économies, je suis un peu réticent. Mon souhait est avant tout que ces réseaux de soins soient basés sur la qualité. Si les réseaux de soins ont choisi des professionnels et établissements de santé sur la qualité, ce sera un progrès.

Dans la prévention, les partenaires sociaux ont un rôle important à jouer. Je suis actuellement chargé d'un rapport sur la prévention de la santé, et en auditionnant un certain nombre d'intervenants, j'ai vu qu'il y avait ici de vrais progrès. La prévention des accidents du travail demandent beaucoup, mais dans la santé, d'autres choses sont intéressantes et déjà faites notamment pour l'hypertension artérielle, le diabète. Il y a néanmoins un problème de transmission des données, avec la grande réticence de la CnamTS pour les partager, et les complémentaires qui ne connaissent de fait pas les pathologies de leurs adhérents. Ces sont des domaines où il y a beaucoup de choses à dire et à faire.

Donc, quels rôle et place de la protection sociale complémentaire solidaire ? D'abord celle que vous voudrez prendre en toute responsabilité. Tout service a un coût et celui qui le

finance au bout du compte, c'est toujours le citoyen. Quand on parle de transfert dans la maladie, ou bien c'est la CSG, ou bien c'est la cotisation vers les complémentaires, ou bien c'est le reste à charge. Mais au bout du compte, c'est toujours le même portefeuille qui paie. Je trouve ainsi que ces débats sont parfois un peu superficiels. Aujourd'hui, 90% des citoyens ont une complémentaire et si l'on transfère donc vers les complémentaires et que l'on augmente les cotisations, c'est toujours le même citoyen qui paiera. ■

Pascal Terrasse,

Député socialiste, membre de la commission des affaires sociales



Nous sommes dans une période qui est inquiétante à plusieurs égards. D'abord, l'économie de notre pays se porte mal, tout comme l'économie européenne et l'économie mondiale. C'est sans parler des problèmes financiers que rencontrent nos pays et de la crise sociale qui s'annonce. Dès lors que l'on veut aborder des questions sociales sous l'angle uniquement financier, le risque est de tomber trop rapidement dans des dispositifs qui apporteront, pour les uns, des réponses plus socialisées, pour les autres, des réponses plus individualisées. Ainsi, je pense que nous louperons le débat.

Je voudrais commencer ce débat en abordant la sortie de la guerre en 1945. J'étais la semaine dernière avec Claude Alphandéry qui me racontait que, avec un certain nombre de ses collègues, ils ont reconstruit la France dans une situation dans laquelle il n'y avait plus rien. A partir de là, ils ont commencé par construire la protection sociale. Au nom de cette histoire, de cette culture, faut-il aujourd'hui s'arquer-bouter sur le système issu de l'après-guerre ? Je ne le crois pas. A une période différente, un outil a été mis en place. Aujourd'hui, il appartient à une génération politique et à nous tous d'imaginer ce que sera notre système de protection sociale. **La question qu'il faut donc se poser est donc avant tout : quelles valeurs voulons-nous apporter demain à notre protection sociale, dans un contexte très différent de l'après guerre ?**

La Mutualité est une entité ancienne qui avait au départ des valeurs. Or, ces valeurs peuvent être portées en marketing, en communication, mais sont-elles bien réelles ? Les organismes mutualistes sont rentrés aujourd'hui dans une logique totalement concurrentielle, libre et non faussée. Leurs cadres, leurs dirigeants peuvent aujourd'hui travailler dans un organisme mutualiste, mais peuvent tout aussi bien travailler dans un organisme purement commercial. Les valeurs doivent donc être ancrées dans chacun de soi. Ces valeurs, c'est d'abord cette idée d'équité plus que d'égalité.

Le problème de la ressource individuelle doit être un élément nouveau dans la prise en charge socialisée des problèmes sanitaires, de prise en charge de l'individu. Pourquoi les allocations familiales sont-elles aujourd'hui indifférenciées en fonction des revenus ? Cette question d'équité et d'égalité mérite d'être abordée demain, d'autant plus que l'égalité fait partie de la trilogie sur le fronton de la République.

Il y a également **les problèmes de solidarité intergénérationnelle**, qui est une valeur très forte. Notre pays vieillit comme beaucoup d'autres pays européens. Le nombre de centenaires va dépasser les 200.000 individus dans quelques années, sans compter les problèmes de dépendance, les problèmes de coûts qui sont liés. Aujourd'hui, le coût de la santé est différencié selon les âges, avec toute une série de mécanismes qui ont été mis en place par les organismes complémentaires maladie. Nous allons vers des systèmes où plus le risque sera lourd, plus le coût de la complémentaire sera lui-même élevé. Nous ne sommes donc plus là dans un système où l'équité est mise en place, mais dans un système inégalitaire, discriminant. Peut-on ainsi discriminer à ce point des générations entre elles ? C'est une troisième question qui me paraît important en termes de valeurs.

Viennent ensuite **les problématiques financières**. Aujourd'hui, il faut tout d'abord des indicateurs qui soient précis pour avoir parfaitement une réponse sanitaire adaptée, et les indicateurs sont multiples. Il y a l'idée de lancer au niveau européen une grande étude qui porterait sur environ 80 indicateurs qui permettent de vérifier comment la prise en charge sanitaire est organisée sur la scène européenne. Si l'on se tient simplement à des indicateurs classiques, notamment celui de la longévité sans incapacité, je ne suis pas certains que nous soyons très bons. Les espagnols, italiens, japonais ont des coûts d'assurance maladie qui sont inférieurs aux nôtres dans le cadre du PIB et pourtant, ils ont une durée de vie qui est supérieure. Les Etats-Unis, qui consacrent autour de 17% de leur PIB dans la santé, ont une mortalité qui est plus importante que la notre. Ces indicateurs de morbidité sont insuffisants et il faut de toute évidence prendre d'autres indicateurs.

L'une des problématiques est également **la démographie médicale sur le territoire**. Le nombre de lits pour 100.000 habitants en Belgique est par exemple très nettement inférieur qu'en France, et, d'un pays à un autre en Europe, on passe du simple au double. En Allemagne, par exemple, il n'y a en moyenne que 800 lits pour 100.000 habitants, en Suède 234 lits/ 100.000 habitants. En revanche, au Pays-Bas, en Belgique, le nombre de médecins est très supérieur au nôtre, tout comme le nombre d'infirmières : il y a ainsi deux fois plus d'infirmières en Belgique pour 100.000 habitants qu'il n'y en a en France. Ce sont des questions d'organisation de notre système de soins qu'il faudra aussi repenser : notre système ultra-spécialisé aujourd'hui est-il adapté à nos besoins ? Lorsque l'on voit toutes les études qui sont menées sur les maternités, où l'on dit qu'il faut des maternités hyper-équipées pour l'acte le plus naturel de la vie, je me pose des questions sachant que le taux de mortalité infantile en France est supérieur à celui de la Suède. Or, en Suède, une sage femme peut assurer une naissance dans des conditions satisfaisantes, dès lors que les dispositifs de prévention sont pris en amont.

De la même manière sur l'imagerie médicale, et notamment les IRM, la France n'est pas en avance. Le nombre d'IRM pour 100.000 habitants est supérieur en Turquie qu'en France. L'imagerie médicale en France est donc très en retard.

Les problèmes de prévention sont de véritables sujets. 7% du budget de l'assurance maladie seulement sont utilisés pour la prévention. Or, tout le monde fait de la prévention : en présidant un conseil général, je fais de la prévention. Les CCRS font de la prévention, tous les organismes en font. Il faut donner des moyens surtout à la médecine du travail et au système éducatif, car on sait que le capital santé se construit dans les premières années.

Si l'on veut demain arriver demain à un système efficace et efficient en termes de santé, il faut donc penser aux valeurs et repenser notre système de santé. L'assurance maladie est un outil de production de santé, mais il n'est pas le seul. Aujourd'hui, la nutrition, l'eau, l'air, l'agriculture, ont aussi des conséquences sur la santé.

Quant à l'assurance maladie obligatoire, qui est un outil de santé - à ne pas confondre avec la branche maladie - elle est complétée par les assurances complémentaires, qui jouent un rôle déterminant.

Comment les choses peuvent-elles finalement s'organiser d'elles même ? Il y a débat entre ceux qui voudraient mettre en place trois piliers. Il en existe déjà deux : l'assurance obligatoire, qui couvrirait le gros risque, et l'assurance complémentaire, qui couvrirait les petits risques. Enfin, il y aurait un troisième pilier où l'assurance serait très individualisée, une sur-complémentaire avec des soins annexes ou améliorés pour ceux qui en auraient les moyens. Aujourd'hui, je ne suis, pour ma part, pas dans cette optique là.

Tout d'abord, il faut examiner ce qui doit réellement relever de l'assurance obligatoire.

Il y a toute une série de dispositifs qui sont aujourd'hui pris en compte par l'assurance obligatoire. Celle-ci devrait selon moi couvrir 100% de la production sanitaire de certaines pathologies, mais nous allons devoir revoir inévitablement les infections longues durées parce qu'on sait aujourd'hui que certaines sont aujourd'hui prises en charge à 100% par l'assurance maladie et qu'elles n'ont rien à y faire.

Deuxièmement, les complémentaires maladies doivent mieux couvrir un parcours de soins.

Je ne fais pas partie de ceux qui disent que le secteur optionnel et le dépassement d'honoraires doivent être supprimés car cela ne marche pas. En revanche, il est clair qu'il faudra le limiter et l'encadrer. Il a été demandé aux organismes complémentaires d'assumer à 100% la prise en charge de ces dépassements d'honoraires, en contrepartie de quoi ceux et celles qui veulent s'engager dans un dépassement d'honoraires doivent s'inscrire dans un parcours de santé qui soit évalué, validé par les assurances complémentaires.

Troisièmement, il y a la question de soutenabilité des coûts :

la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Il faut aujourd'hui réellement que l'on dise comment l'on finance notre système de santé. Pendant très longtemps, nous étions sur un système bismarckien donc assurantiel. Michel Rocard, comme cité par Monsieur Fragonard, a eu le courage d'aller vers

un système beveridgien, basé sur l'impôt, avec la Contribution sociale généralisée (CSG). A l'époque l'UDF, le RPR y étaient très défavorables et il a été particulièrement difficile de faire accepter cette idée que les revenus de travail ne devaient pas à eux seuls contribuer au financement de la sécurité sociale, mais que ceux du capital le devaient aussi. Il nous faudra désormais inévitablement aller plus loin en ce qui concerne la part patronale, et trouver un juste équilibre à ce niveau là.

Il nous faudra aussi trouver des ressources nouvelles. Pour ma part, je ne pense pas qu'il faudra augmenter la CRDS, comme le propose Jean-Luc Prél. Mais s'il y a des efforts à faire du côté des usagers - et ils ont déjà été nombreux (maquis tarifaire, franchises, taxes, déremboursement) -, les entreprises devront également en faire. Il y a un grand nombre de niches fiscales qui peuvent être supprimées : par exemple, la niche sociale sur les exonérations de cotisations salariales sur les heures supplémentaires. Ces niches sont mauvaises pour l'emploi et surtout très coûteuses en termes de dépenses fiscales pour l'assurance maladie.

Enfin, la question de notre système d'assurance maladie et la difficulté qu'ont les jeunes à comprendre vers quoi on les emmène demain et la notion même de solidarité. Les personnes de moins de trente ans sont souvent convaincues qu'il n'aura pas de retraite, que l'assurance maladie n'existera plus dans quelques années et que beaucoup de personnes nées après 1945 ont profité du système. Les transferts se font de surcroît désormais à l'intérieur des mêmes familles où l'on a créé des exonérations sur les droits de succession : si l'on est d'une famille riche, on continuera donc à l'être, et l'inverse si lorsqu'on est pauvre. Les équilibres et les ascenseurs sociaux ne fonctionnent plus et il ya aujourd'hui toute une série de jeunes qui le voient et qui se disent : « nous avons besoin aujourd'hui d'un système individualiste, les vieux coûtent trop chers, vos retraites, votre santé, et vos emplois dont vous avez profité coûtent chers ». Notre système peut ainsi déboucher à tout moment sur un système ultralibéral.

C'est donc à nous de nous poser la question de si l'on poursuivre la création d'un impôt sur les naissances en en continuant à transférer nos charges d'assurance maladie à la Cades. Quand je parle d'impôt sur les naissances, il ne s'agit pas seulement de 8 milliards d'euros de déficit de l'assurance maladie : cette année, ce sera 14 milliards d'euros et on arrivera à 20 milliards d'euros de déficit sur les quatre branches de l'assurance maladie l'année prochaine.

Il faut donc mobiliser des ressources pour notre santé sans créer de déficits et y réfléchir au plus vite.

Et je pense également que nous avons besoin d'une règle d'or, que ce soit au niveau du budget de l'Etat ou au niveau du budget de la sécurité sociale. Mais il me semble étrange de demander la règle d'or aujourd'hui, après 10 années de responsabilité par une seule et même formation politique. ■

Marcel Savoye,

Secrétaire National Honoraire de la confédération des syndicats chrétiens de Belgique



Quelques mots sur le paritarisme...

Afin d'illustrer des différences avec la Belgique, j'aimerais souligner que nous utilisons rarement le mot « paritarisme ». Les termes qui nous sont plus communs sont : « conception d'ensemble d'une gestion paritaire », « conception de partenaires sociaux, de la gestion paritaire, d'une vision commune, d'un modèle sociale, de couverture sociale, de règles », etc.

Les éléments importants du paritarisme sont d'être à la conception ensemble de quelque chose (modèle social ou autre), mais également d'être à la gestion ensemble de ce modèle ; cela signifie parfois de prendre des décisions difficiles. Il s'agit pour chacun des partenaires sociaux de devoir annoncer parfois, à sa base, des décisions qui ne vont pas dans le sens que l'on avait voulu au départ. Pour moi, c'est cela la gestion et le concept paritaires.

Cela signifie également que, dans cette gestion paritaire, lorsque nous parlons de la sécurité sociale mais aussi de la protection sociale dans son sens large, les notions d'assurance et de solidarité sont présentes et le problème des droits et des devoirs se pose dans tous les cas, même dans le cas de la solidarité. Lorsque nous sommes bénéficiaires de la sécurité sociale, nous nous positionnons souvent par rapport aux droits, mais rarement en termes de devoir.

Le système de sécurité sociale en Belgique

La sécurité sociale en Belgique date de 1944 dans son mode actuel. A cette époque, les présidents des deux grandes organisations syndicales (il y en a désormais trois) ont décidé de la conception nouvelle de la sécurité sociale d'après guerre. Ils ont modernisé ce qui existait avant au niveau de la structure et de l'organisation concernant la sécurité sociale, le droit du travail et ses dérivés, le conseil national du travail, mais également autour de l'emploi, en créant à l'époque trois régimes : le régime des indépendants, le régime des salariés et le régime des fonctionnaires. Avant cela, il y avait beaucoup d'autres régimes qui petit à petit se sont atténués (pêcheurs, marins, etc.).

Cependant, cela s'est mis en place avec une originalité qui était que chacun des partenaires sociaux employeurs et travailleurs avaient à la fois un intérêt collectif et individuel à la démarche : ils ont été chargés de la mise en œuvre quotidienne de certains pans de la sécurité sociale.

C'est ainsi que les organisations mutualistes, qui n'étaient pas présentes mais qui étaient défendues par certains parlementaires de l'époque, ont reçu l'indemnisation de tout ce

qu'étaient les soins de santé ou les incapacités de travail. Ce sont donc les organismes mutualistes agréés - et non l'Etat - qui payent aux personnes ces indemnités.

D'un autre côté, les organisations syndicales ont reçu l'indemnisation du chômage. La Fédération des entreprises de Belgique (FEB), organisation patronale, recevait par des caisses de solidarité le paiement des allocations familiales. Ceci est donc aussi la récompense qui permettait à chacun de dire qu'il a vraiment un intérêt à ce que cela fonctionne bien parce qu'il est gestionnaire dans ces organes.

Il y a néanmoins une petite différence qu'il faut signaler : au niveau des mutuelles, on retrouve des patrons et des syndicats dans les conseils d'administration. En revanche, à la FEB, vous ne retrouverez aucun syndicaliste dans le conseil d'administration, il n'y a donc pas de gestion paritaire dans les caisses de paiements des allocations familiales. A l'inverse, vous n'avez pas de représentant de la FEB au niveau des organisations syndicales, donc pas non plus de paritarisme au niveau des caisses de paiements du chômage.

Parler de protection complémentaire sous-entend connaître le système de base pour savoir où commence le complément et jusqu'où va le système de base, ce qui est assez différent d'un pays à l'autre.

Première remarque : un système complémentaire peut se développer parce que la réglementation est ce qu'elle est. En Belgique, le système complémentaire est insuffisant, il n'y a pas les moyens pour le développer et il n'est nécessairement pas ouvert à tout le monde. Il est juridiquement ouvert à tout le monde mais il ne l'est pas dans le sens des possibilités d'y rentrer.

Deuxième remarque : un système complémentaire se développe parce que le système de base est démantelé complètement ou partiellement.

En Belgique, jusqu'en 1994, le système avait 7 caisses. Il y avait une caisse dénommée l'Office Nationale de Sécurité sociale (ONSS) qui collectait les cotisations. Puis 6 autres caisses indemnisaient les victimes : la caisse de pensions ou retraite, la caisse du chômage, la caisse de l'institut national d'assurance maladie - incapacité de travail, la caisse des soins de santé, la caisse des allocations familiales, la caisse des risques industriels (accidents du travail - maladies professionnelles).

Le système était simple, certaines recettes allaient directement dans les caisses de perceptions des cotisations et d'autres allaient directement dans les différentes branches.

Au-delà de cela, l'Etat donnait un subside. C'était justifié par la loi parce que toutes les personnes sans travail étaient des personnes qui ne payaient pas des cotisations à la sécurité sociale mais qui avaient droit à la sécurité sociale. L'Etat se disait alors qu'il était l'employeur de ces personnes au chômage, à la retraite, aux malades et qu'il payait donc les cotisations. Cela signifie que ces cotisations de l'Etat auraient dû théoriquement évoluer dans les années suivantes. Or, dans les faits, il s'agissait d'une cotisation relativement stable.

Cependant, le principe était quand même que vous aviez la part de cotisation sociale de l'Etat qui arrivait dans chacun des organismes. On élaborait un budget et lorsqu'un des 6 organismes n'était pas en équilibre dans son budget, on prenait l'excédent d'un autre organisme.

Tous les comités de gestion étaient à représentation bipartite. Il y avait le rôle de l'Etat régulateur et des commissaires de gouvernement étaient donc toujours présents, à la fois pour des problèmes de finances, parce que l'Etat participait, et également pour voir si nous n'allions pas à l'encontre de réglementations, de lois particulières.

Nous avons estimé à un moment que cela déresponsabilisait la gestion paritaire, à juste titre, puisque lorsqu'on avait des budgets en déficit, nous pouvions prélever chez l'autre.

En 1994, nous avons donc décidé de créer un autre organisme qui n'a pas nécessairement une administration de volume mais qui est un organisme tripartite que l'on va appeler la « gestion globale de la sécurité sociale ». Cela veut dire qu'il y avait cinq représentants des employeurs, cinq représentants des syndicats et cinq représentants du gouvernement.

En Belgique, il faut au moins cinq représentants du gouvernement car nous avons toujours des gouvernements de coalition, il est donc évident que chaque parti soit représenté ainsi que différentes spécialités (budget, finance, affaires sociales, santé).

Même si l'ONSS restait le notaire, cette gestion globale avait comme objectif de recevoir toutes les cotisations de la sécurité sociale, tous les subsides de l'Etat. Ce nouveau financement instauré, appelé le règlement alternatif, consistait à diminuer les cotisations de sécurité sociale des employeurs, compensées par une série de recettes fiscales que le gouvernement dédie au financement alternatif. Aujourd'hui, que l'on soit avant 1994 ou après, la part des cotisations est à peu près toujours dans les 70-72% et la part des subsides de l'Etat et le financement alternatif reste toujours environ à 28%.

Le problème qui se pose en Belgique, c'est que le déficit de la sécurité sociale n'est pas le total de toutes les branches. Nous avons regroupé toutes ces recettes à un seul endroit ; chaque organisme fait le budget et c'est la gestion globale qui octroie les moyens nécessaires. Durant un grand nombre d'années, cela s'est passé sans problème : la sécurité sociale était en boni et nous avons décidé de placer les bonis et de les utiliser seulement à partir d'une date précise. Nous avons appelé ce placement le « fond du vieillissement » en se disant qu'à l'avenir 2030, nous aurions des problèmes avec le vieillissement. Nous avons pu le faire durant deux, trois ans, puis la sécurité sociale n'a plus été en boni. Ce n'était pas un gros problème au niveau de la tripartite, nous n'avons pas dit qu'il fallait augmenter les cotisations. Cependant, l'Etat a dit que sa part devrait peut-être augmenter. Elle a effectivement augmenté chaque année, il y avait un déficit prévu d'à peu près 1% du PIB au niveau de la gestion globale et l'Etat a dit : « on compense ».

Premièrement, un problème est que, lors des campagnes électorales, on dit qu'il faut payer moins d'impôts. Or, cela veut dire moins de recettes pour l'Etat et donc mettre moins dans la sécurité sociale à terme.

Un deuxième problème est ce que j'appelle les cotisations « d'inepties » : il s'agit des recettes nouvelles dégagées par l'Etat pour arriver à combler le budget de la sécurité sociale. Or, ces recettes affectées sont souvent des taxes appliquées à des comportements : sur l'utilisation d'une voiture plus ou moins polluante ou sur le mauvais tri de vos déchets, par exemple. On cherche ainsi à éduquer la population à un autre comportement par des taxes afin de combler le budget. Mais si la population réussit son éducation, les taxes n'apporteront plus rien.

Les enjeux futurs de la sécurité sociale en Belgique

Bien qu'extérieurement, la sécurité sociale belge se porte bien, qu'elle n'a pas de déficit exagéré ni à combler en dernière minute, il demeure tout de même beaucoup de questions qui peuvent se poser pour l'avenir : les aspects du vieillissement vont faire que les pensions et les soins de santé seront de plus en plus coûteux dans l'ensemble de la sécurité sociale.

Au niveau des retraites, dans le système de pension belge, il faut compter 45 années de cotisations pour avoir une pension complète, donc vous avez un peu de marge si vous voulez apporter une amélioration. Mais au moment du calcul de la pension, on prend en considération le salaire des 45 années : quand on vous dit que vous aurez une pension de 60% basée sur vos 45 années de travail, cela signifie que si vous n'en avez que 44 années, tant pis. Une personne qui est au salaire minimum a à peu près 60% ; mais au fur et à mesure que vous montez dans les salaires, le taux de remplacement - ce qu'on appelle la part de comparaison avec le salaire - descend entre 40 et 32%. Cela explique le développement au départ des assurances complémentaires retraites, qui s'appelaient chez nous « assurance groupe » ou « fonds de pension ». Cela s'est d'abord organisé au niveau des cadres car ce sont les salaires les plus hauts et cela signifiait souvent que la gestion paritaire n'existait pas. Depuis la loi de 2002 du ministre socialiste Vandenbroucke, on a créé un système de pensions complémentaires avec des versants solidarité où la gestion paritaire existe. Dès lors, les organisations syndicales sont partenaires aussi des tentatives de développement du système.

Au niveau des soins de santé, je constate qu'en Belgique et en France, le pourcentage accordé dans la sécurité sociale est à un dixième près le même. Mais je pense qu'il y a peut-être des éléments à échanger pour voir ce qui serait plus performant chez l'un ou chez l'autre.

Enfin, le troisième enjeu dans le futur est évidemment ce que vous appelez chez vous la « **dépendance** » et que nous nous appelons « **maintien d'autonomie** ». Le problème ne se situe pas seulement au niveau de faire quelque chose car il y a des initiatives qui sont faites et il y en aura encore dans l'avenir. Mais il faut se poser la question en termes d'accès puisque c'est les plus faibles qui en auront en principe le plus de besoin. Par rapport à cela, soit l'Etat prendra en charge la dépendance, soit le système complémentaire le fera. Mais la question d'égalité d'accès demeurera toujours étant donné les problèmes de revenus. ■

Réactions et Débats

➤ **Paul Cadot**

Au niveau du complémentaire, il y a deux types de prestations qui sont totalement différentes dans notre relation avec la base. Il y a, d'une part, tout ce qui est le complémentaire à la médecine courante, et d'autre part, l'optique et le dentaire. Pour ces derniers, la sécurité sociale a souvent considéré que c'était accessoire. Or, lorsqu'on parle de prévention et que l'on dit que le dentaire est accessoire, cela ne tourne pas bien rond. Nous sommes désormais quasiment dans une situation d'assurer la base compte tenu de la faiblesse de remboursement de la sécurité sociale. Et un des problèmes, en particulier pour l'optique, est qu'on n'arrive plus à faire la différence entre la mode et le soin. Nous sommes confronté à un énorme problème de savoir où commence la solidarité, où s'arrête l'équité.

➤ **Jean-Luc Prél**

On sait que l'assurance maladie de base rembourse aujourd'hui globalement 75% des dépenses de soins. Cela est toutefois différent pour l'hôpital, où la base rembourse 90-95%, ou pour la médecine de ville, où le remboursement est de l'ordre de 55%.

Je suis pour ma part favorable aux réseaux, car lorsqu'on va vers la qualité, c'est un progrès. Quand on voit que certains opticiens proposent aujourd'hui trois paires de lunettes pour le prix d'une, on peut penser qu'ils pourraient déjà baisser le prix de la première.

Quant à l'idée du bouclier sanitaire, elle peut revenir à la mode, même si elle a ces derniers temps été mise de côté. Notre cercle de soins en France a pour principe que l'on fait selon ses besoins et que l'on paie en fonction de ses revenus : c'est le principe de base de solidarité auquel tout le monde est attaché. Le premier problème du bouclier sanitaire, c'est de laisser un reste à charge de l'ordre de 400-500 euros, qui serait variable en fonction des revenus. Le deuxième problème est de se demander si cela prendra en charge le dépassement d'honoraire, l'optique et le dentaire. Ou le bouclier sanitaire ne les prend pas en compte et, dans ce cas, il y aura un double reste à charge, et cela n'est pas vendable politiquement ; ou bien il prend en compte tous les dépassements d'honoraires, le dentaire, l'optique, et dans ce cas il n'y aura plus de complémentaire. C'est une question que les complémentaires devraient se poser.

➤ **Bertrand Fragonard**

Les complémentaires se sont effectivement posé cette question et l'accueil était plus que frais. Effectivement, un bouclier sanitaire, s'il intégrait des dépassements, rendrait beaucoup plus problématique l'idée même d'adhérer à une complémentaire santé. Mais je n'ai

pas le sentiment que ce dossier va prospérer dans les années à venir : le gouvernement actuel n'en voulait pas, l'opposition pas vraiment non plus. Cela introduirait en effet une révolution conceptuelle majeure de mettre la condition de ressources dans l'assurance maladie, qui est la seule branche de la sécurité sociale qui ignore ce principe.

Quant à l'optique et au dentaire, vous avez la réponse : toutes les complémentaires se sont alignées sur le fait qu'il faut effectivement payer sur les lunettes, et il n'y a aucune limite à l'imagination. C'est du rôle des organismes complémentaires d'assumer les deuxièmes, troisièmes paires de lunettes. On constate néanmoins qu'elles l'assument allègrement, mais on peut se demander si c'est effectivement l'expression d'une solidarité réelle.

➤ **Lucien Provenzi**

Concernant la cotisation santé à l'âge, évoquée plus tôt, je tiens à souligner que ce ne sont pas les mutuelles ou les IP qui ont inventé ce produit, mais bien les compagnies d'assurance. Etant donné qu'ils attiraient toute la jeunesse avec les produits qu'ils proposaient, les mutuelles et les IP se sont retrouvées en difficulté puisqu'il ne restait que les gens d'un certain âge, avec un coût de santé très élevé.

➤ **Pascal Terrasse**

Les accords européens ont placé au même niveau les organismes mutualistes avec les autres organismes privés qui font de la complémentaire maladie. Dans les années 1980, il y a eu cette idée que les organismes mutualistes, dans ce qui a fait le fondement de notre histoire, devaient être dans une concurrence libre et non faussée. Il est vrai que les assurances privées ont défini des risques et on sait que l'on coûte cher à l'assurance maladie les trois premières années de sa vie et comme le disait un économiste de la santé, si l'on supprimait les 6 derniers mois de la vie, la sécurité sociale serait à l'équilibre.

Au fond, demain, il y aura, je le souhaite, des organismes qui vont se battre sur des valeurs. Cela commence à se voir sur les marchés, sur les placements éthiques. Je suis président d'une commission au sein de l'Ircantec¹ et avec des organismes syndicaux, nous nous posons la question de nos placements financiers : va-t-on chercher forcément la rentabilité ou bien, au contraire, va-t-on chercher des marchés éthiques, socialement et environnementalement responsables? Nous sommes là dans un concept politique et financier qui va se révolutionner ; nous venons de subir deux crises financières, il n'y en aura pas de troisième. Il y a aujourd'hui une prise de conscience majeure dans la population. Donc pour les organismes mutualistes et bancaires, si demain on joue les solidarités intergénérationnelles on est prêt à payer un peu plus cher pour ses grands parents quand nous-mêmes sommes en pleine santé, ce sera un élément sociologique et culturel nouveau.

➤ **Bertrand Fragonard**

Vous faites une séparation entre les assureurs et le reste. La bonne séparation n'est-elle pas entre les couvertures individuelles, même quand elles sont gérées par les mutuelles, et les

couvertures plus collectives ? La caractéristique des couvertures collectives est d'emprunter à la sécurité sociale son caractère obligatoire, ce qui permet une mutualisation et, à la limite, de changer complètement la logique de tarification. Cela est tout d'abord lié au caractère obligatoire de la mutualisation et au fait qu'on peut baisser globalement le coût des prestations et se payer ensuite des mesures de solidarité car on est adossé à un statut fiscal et social majeur. Je crois donc que la question, si jamais l'on doit déporter de la sécurité sociale de base vers les complémentaires, est la suivante : est-ce que ce sera déporté sur la couverture individuelle, avec sa logique, c'est-à-dire par exemple la tarification à l'âge de la couverture santé ?

Ma conviction reste toutefois que le déport n'est pas si évident : le taux d'engagement de la sécurité sociale ne bouge quasiment pas (autour de 75%). Mais si l'on doit déporter, doit-on garder une logique de solidarité, et cela veut dire que d'une manière ou d'une autre, l'Etat, les partenaires sociaux, soit par voie conventionnelle, soit par la loi, définiront des disciplines de couverture du risque ? La probabilité que j'estime la plus forte n'est donc pas tellement le développement de couvertures individuelles, mais au maintien d'un socle important du deuxième étage. On classe par exemple l'Agirc-Arrco dans la protection sociale complémentaire, or sa caractéristique est d'abord d'être obligatoire, ensuite d'être complètement normée par un accord entre l'Etat et les gestionnaires de ces institutions.

La vraie question est donc là : va-t-on renvoyer vers les individus ce qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale ? Aidera-t-on les plus modestes par des mécanismes de solvabilisation ? Ou est ce qu'au contraire, on continuera ou essayera de garder - en tout cas dans la zone du salariat - un socle de garanties qui, adossé à ce statut fiscal, permet de faire des choses intéressantes ?

Si vous regardez la loi Evin, il y avait l'idée qu'on ne pouvait pas exposer un salarié qui sort d'un système protecteur à une tarification au risque. Il y avait déjà cette ambition avec les contrats solidaires dans la fonction publique. Par exemple, vous avez théoriquement, si vous voulez souscrire, un ratio obligatoire entre les cotisations des seniors et la cotisation des plus jeunes. Or, le ratio a été calculé pour que tout le monde passe. C'est comme pour le contrat responsable, tout le monde est responsable, ce qui a permis d'ailleurs d'enlever l'avantage fiscal des contrats responsables puisque tout le monde l'était.

Chaque fois qu'on veut introduire de la solidarité, il faut une norme : soit une norme d'aide fiscale et sociale, soit une norme juridique qui impose des comportements. Et vous ne pouvez faire cela que dans des régimes très fortement mutualisés et obligatoires. Pour moi, ce sera cela qui sera l'enjeu profond d'un éventuel déport de la base vers le complémentaire.

➤ **Pascal Terrasse**

Tout cela réside dans des engagements que nous avons envers l'Europe en matière de prélèvements obligatoires. Dès lors que l'on met en place un dispositif dit complémentaire, s'il devient obligatoire et socialisé, l'intègre-t-on aux prélèvements obligatoires ? Si non, à

quoi cela sert-il d'aller vers des complémentaires alors qu'il existe l'assurance maladie de base, qui a un coût de gestion qui est inférieur à tous les organismes européens. Je vous invite à faire un bilan de la privatisation de l'assurance obligatoire aux Pays-Bas, où l'on peut constater les coûts importants supportés pour la gouvernance de ces organismes.

Comme Jean-Luc Prével, je faisais par ailleurs partie de ceux qui pensaient que les systèmes de comptes notionnels ou de comptes à points n'étaient pas inintéressants, puisque la France utilise déjà ce système (Agirc-Arrco) et que cela marche. Or, les comptes notionnels sont catastrophiques aujourd'hui dans une situation de décroissance économique. Ce n'est pas la réponse adaptée, la réponse réside dans la supportabilité des dépenses sociales que nous pourrions mettre, que ce soit individuellement, collectivement et au titre de l'économie et de l'entreprise.

➤ **Jean-Luc Prével**

Pour la retraite, je suis partisan de l'équité, et donc d'aller vers un régime unique, universel pour notre pays. Je pense que tout le monde devrait y être favorable car je ne vois pas comment on pourrait défendre des régimes spéciaux qui n'ont pas du tout les mêmes critères.

Nous sommes également soumis aux problèmes du vieillissement : à partir de là, je pense qu'il n'y a rien de tel que de responsabiliser les partenaires sociaux et à eux de voir l'entrée et la sortie, de décider la valeur d'achat et de liquidation du point chaque année. Il n'y a pas mieux qu'un système par points gérés par les partenaires sociaux.

Concernant les affections de longue durée, personne ne les sortira, c'est impossible. Quand je demande quelle ALD sortir, je n'ai jamais eu aucune réponse. Les patients qui sont à l'entrée et à la sortie de la maladie ne coûtent pas cher, c'est ceux qui sont réellement malade et que l'on suit qui coûtent chers : au moment où il y a des examens, des traitements. Il n'y a pas eu d'études suffisantes à ce niveau là et je serais curieux de savoir quelles ALD on peut sortir.

➤ **Jean-Pierre Bobichon**

Dans les régimes de retraites, je suis tout à fait d'accord pour que les partenaires sociaux prennent leur responsabilité, en France en particulier. Mais derrière se pose la question de l'autonomie des partenaires sociaux. Or, nous avons eu beaucoup d'exemple sous des gouvernements de gauche comme de droite, où un accord des partenaires sociaux devait passer par la validation du politique. Et le politique se permettait d'enlever une virgule voire plus dans un accord conclu par les partenaires sociaux et cela faussait complètement le contenu même de l'accord. La question est donc de savoir comment réserve-t-on aux partenaires sociaux des responsabilités ? C'est déjà le cas dans de nombreux domaines, mais on voit bien qu'ils sont bien souvent sous tutelle de l'Etat, ce qui amoindrit leurs responsabilités.

A Bruxelles, cette question est résolue grâce protocole sociale du traité de Maastricht. Fa-

briqué par les partenaires sociaux eux-mêmes, il a été introduit dans le traité à la virgule près sans aucune modification, et a abouti à ce qu'au plan européen, les partenaires sociaux concluent un accord sans que les institutions européennes ne s'en mêlent, sauf si les partenaires sociaux demandent à ce que ce soit traduit en directive. Ceci est important car on ne peut pas en même temps demander la responsabilité des partenaires sociaux et que ceux-ci aient une épée de Damoclès. Il faut donc trouver un système, le bon équilibre pour ne pas qu'on ait l'impression de fabriquer des accords qui seront de toute façon amendés par le ministère, sans même qu'on ne demande parfois l'avis aux partenaires sociaux qui ont fabriqué l'accord.

➤ **Pascal Terrasse**

Concernant les ALD, il n'est pas question de supprimer leur prise en charge par la sécurité sociale. Mais sur l'ensemble des ALD, on constate des coûts très élevés, où les problématiques d'interactions médicamenteuses sont très importantes et que la prescription moyenne d'un médecin de première intention est de 300.000 euros par an et par prescripteur. Il me semble que, de ce côté-là, ce n'est pas le patient qu'il faut montrer du doigt mais le système lui-même. Il faut donc réduire les dépenses d'assurance maladie au titre des ALD quand on sait qu'il y a des interactions coûteuses en matière de réponse sanitaire.

Le point qui vient d'être évoqué sur les partenaires sociaux est un vieux débat entre la loi et le contrat. Personnellement, je suis davantage pour le contrat. Pierre Mendès France disait qu'il fallait donner aux partenaires sociaux un vrai pouvoir au travers les conseils économiques et sociaux, un pouvoir même à légiférer. On en est aujourd'hui trop loin : le Parlement a notamment pris le pouvoir avec les ordonnancements Juppé qui ont fait désormais que le parlement vote les dépenses d'assurance maladie. Je ne pense pas que ce soit une réussite et il y a donc une nouvelle gouvernance à avoir dans la pratique sanitaire et sociale dans notre pays.

Le rôle des associations de malades, des partenaires sociaux doit être accru. Pour améliorer notre système de santé, il faudrait aussi le décentraliser et non le déconcentrer. Il faut donner la gestion du risque aux Agence régionale de santé (ARS), qui ne l'ont pas pour le moment. Les ARS sont des régulateurs des dépenses d'assurance maladie mais n'ont pas la responsabilité de la gestion du risque. Ce n'est pas avec une technocratie au niveau national, qui n'a aujourd'hui de comptes à rendre à personne, que l'on responsabilisera les partenaires sociaux et les patients.

➤ **Marcel Savoye**

Tout d'abord, en Belgique, quand les partenaires sociaux passent un accord, la traduction conventionnelle ou légale se passent assez facilement. Il y a tout de même des fois où nous devons être très vigilants dans les arrêtés d'exécution, notamment quand cela a un impact un peu plus général et financier pour le pouvoir public. Il peut y avoir là des blocages et des difficultés.

Ensuite, concernant la place du complémentaire, je me demande s'il n'y a pas une certaine stratégie à avoir de tels systèmes. Le système de retraite en Belgique est par exemple vraisemblablement plus vaste qu'en France, mais il n'est pas possible d'avoir un accord pour que le système de base passe aujourd'hui à plus de 60% de taux de recouvrement. Les systèmes complémentaires couvraient au début des années 1980 18% de la population environ, ils sont aujourd'hui à 53%. Donc si l'on attend que progressivement tous les secteurs d'activité soient couverts à 70%-80%, ce sera alors plus facile de les rendre obligatoires.

Enfin, troisièmement, je me demande si le rôle des partenaires sociaux ne va pas être plus facile demain dans le système complémentaire que dans le système légal. Quand je regarde les 180 pages du « contrat » du nouveau gouvernement, il y a toute une série de choses qui sont là en termes d'idées mais qui ne sont pas encore concrétisées. Dans les choses à concrétiser au niveau économique, le gouvernement avance par exemple que le taux de croissance des soins de santé, que l'on tolérait jusqu'à maintenant à 4% par an hors indice, va pour les deux prochaines années passer à 2%, sans aucune répercussion sur les patients. Or, j'ai pour ma part du mal à voir comment ils vont faire cela sans répercussion. Il y a déjà pour les soins de santé environ 75% qui sont à charge du système global de sécurité sociale. 10-12% sont ensuite à charge du patient et non récupérés par les assurances complémentaires, et 12% couvertes par les assurances complémentaires. Cela veut-il dire qu'en passant de 4 à 2%, ce sont les complémentaires qui vont peut-être récupérer ce que les patients ne peuvent pas payer...

En Belgique, les soins de santé sont un des deux régimes, avec les allocations familiales, que l'on considère comme universel. Au niveau de soins de santé, l'accord gouvernemental a dit qu'on ne changeait rien, mais que tout ce qui concerne le vieillissement - puisque ce sont des aides à la personne dans la majorité des cas - sont des matières qui ne sont plus fédérales mais qui passe dans le régime des communautés (française, flamande et germanophone). Or, on sait que les moyens dans les deux régions (Flandre et Wallonie) ne sont pas les mêmes.

Les allocations familiales passent aussi dans le régime des régions et communautés. En même temps, on dit que les communautés doivent de plus en plus s'en sortir avec leurs propres moyens financiers, dans un pays où l'économie ne s'est pas développée partout de la même manière. Les deux communautés n'ayant pas les mêmes moyens proportionnels, cela va poser des problèmes.

Les allocations chômage sont un domaine professionnel, mais ce sont des mesures fédérales. On fait toutefois autour une dégressivité plus rapide qu'elle n'existait avant et dans certains cas, après trois ans, on arrête le paiement du chômage. Le fait est qu'en Flandre, il y a une évolution économique plus favorable qu'en Wallonie : sur 5 chômeurs, 1 est en Flandre quand 4 sont en Wallonie. Si vous imposez les mêmes règles aux deux communautés, l'éjection du chômage va être plus importante en Wallonie qu'en Flandre. Le rôle des partenaires sociaux va donc être de plus en plus difficile au niveau fédéral parce que leur souci est d'appliquer la règle de la même manière. ■

Conclusions

Philippe Frémeaux

Editorialiste à Alternatives économiques



Je ne suis pas légitime pour dresser des conclusions à vos travaux. En revanche, je peux tenter de dresser la liste des points qui ont tout particulièrement retenu mon attention au cours de cette matinée.

Tout d'abord, l'exposé de Laurence Lautrette, tout au moins dans sa première partie, m'a sérieusement inquiété. A l'entendre, le cadre juridique désormais commun aux sociétés d'assurance, quel que soit leur statut, vous entraînait tous sur le chemin de la banalisation. Heureusement, dans une seconde partie, elle est revenue sur la spécificité persistante de vos organisations.

Parmi les nombreux points évoqués, un m'a tout particulièrement frappé. Votre rapport différent au temps. Votre vision de la pérennité de vos structures, point auquel je suis particulièrement sensible en tant que président d'une Scop. Ce rapport au temps n'est pas seulement lié au risque que vous assurez – les assureurs capitalistes ont aussi leur manière pour concilier souci du next quarter et engagements longs – mais fondamentalement à vos statuts non lucratifs.

Mais cette spécificité ne dispense pas vos organisations de considérer adhérents ou sociétaires non pas comme des usagers qui doivent être heureux de bénéficier de vos services, mais comme des individus qui ont droit à toute votre attention, même s'ils ne sont pas, stricto sensu, des clients !

Laurence Lautrette nous a également donné la définition demandée de cette fameuse solidarité au cœur de vos non moins fameuses valeurs : elle se résume à la délivrance de droits non contributifs – dans certaines limites, compte tenu de la concurrence à laquelle vous êtes soumis -, à la délivrance d'une action sociale – qui gagnerait à être développée comme je l'ai souligné en introduction -, et enfin, par une action de prévention, qui allie intérêt individuel et collectif des adhérents ou sociétaires.

Ensuite, il me faut saluer Bertrand Fragonard pour les efforts méritoires qu'il a fourni afin d'obtenir des participants à sa table-ronde qu'ils traitent le sujet. Efforts, il faut bien le dire, peu couronnés de succès. Mais, et heureusement, le représentant de la haute administration sociale de l'Etat qu'il est nous a au moins rassuré sur l'avenir de la protection sociale complémentaire, car, à ses yeux, l'intérêt même de l'Etat est de créer les conditions fiscales et sociales qui permettent la pérennité de contrats collectifs assurant une prise en charge complémentaire générale au bénéfice des salariés. A ce point de vue, les mutuelles de la

fonction publique qui gèrent des adhérents individuels sont plus soumises à la pression de la concurrence, qui rend plus délicat le maintien de principes de tarification solidaire.

Les interventions des élus qui ont suivi ont présenté une réelle convergence au-delà de leurs désaccords politiques : tous deux ont donné une grande importance à la question de l'organisation de l'offre de soins, finalement plus déterminante à leurs yeux, pour l'avenir de nos régimes sociaux, que les modalités d'organisation des systèmes assurantiels et que la place de la complémentaire ! Jean-Luc Préel a cependant insisté sur la nécessaire responsabilisation des partenaires sociaux, notamment en termes d'équilibre des comptes, dès lors qu'ils gèrent des régimes. En la matière, si la responsabilité est chose souhaitable, il faut aussi qu'elle soit toujours partagée notamment par les pouvoirs publics. Et toute logique d'autonomie des acteurs, qui semblait être jugée souhaitable par l'un et l'autre des intervenants, peut conduire aussi, quand ils assument leur indépendance, à prendre la forme d'une intervention dans le champ politique, comme on l'a vu récemment à travers la contestation de la « taxe mutuelles » par la FNMF...

Pascal Terrasse, pour sa part, a affirmé la nécessité de repenser les objectifs de la protection sociale, insistant sur les enjeux liés aux inégalités entre générations. Notons cependant que la question de la dette, publique ou sociale, n'est pas seulement un problème intergénérationnel : la dette est souscrite par les plus aisés, seuls à même d'épargner – 80 % de l'épargne est réalisée par les 20 % les plus riches - qui touchent une rente en contrepartie, rente qui est remboursée ultérieurement par tous les contribuables. La dette est aussi une affaire de redistribution entre groupes sociaux...

Pour rebondir sur le propos de Pascal Terrasse, notons pour finir qu'une protection sociale redéfinie, et qui prendrait plus en compte les intérêts des jeunes générations, dans une situation marquée par le chômage de masse, devrait se montrer « pro-active » pour ne pas être seulement réparatrice. A ce titre, une priorité serait d'agir pour une meilleure prise en charge de la petite enfance, une manière efficace de lutter contre l'échec scolaire et donc contre les difficultés d'insertion future d'une partie des jeunes. Il faudrait aussi revoir notre politique familiale à la fois inégalitaire et centrée sur les familles : les allocations familiales s'arrêtent tôt et le quotient familial, proportionnel au revenu, s'arrête tard et tous deux bénéficient aux familles et non aux jeunes. Il faut repenser ces aides pour faciliter l'accès à l'autonomie des jeunes.

Enfin, rappelons que les transformations sociales qui ont accompagné le développement de nos démocraties de marché au cours du dernier siècle ont favorisé l'accès à l'autonomie des individus, autonomie dont nous mesurons d'autant moins les vertus que nous en bénéficions ! Une autonomie qui a notamment profité aux femmes. Mais cette autonomie, pour qu'elle bénéficie à chacun, pour qu'elle puisse être vécue dans la dignité par tous, suppose aussi que de solides garanties collectives soient assurées. Notre société du « chacun son choix » ne doit pas devenir une société du « chacun pour soi ». ■

Liste des Participants et Intervenants

- AGUIRRE Sylviane**, Aguirre Expertise Retraite
ANGOULVANT Jean-Claude, Consultant
AZIZ Philippe, AG2R La Mondiale
BAUDRY Jean-Luc, Malakoff Médéric
BAZILLON Bernard, pmg Sa
BERNARDINI Elisabeth, Gnp
BILLEROT Bertrand
BIZOUERNE Serge, Domplus
BLOCH Francis, Ocirp
BOBICHON Jean-Pierre, Ipse
BOUCHER Dominique, Ipse
BOUKRIS Armand, Cabinet Armand Boukris
CADOT Paul, Gnp
CAMARD Lilianne, Ipse
CAVELIER Mireille, Agirc-Arrco
CHAPERON Pierre, Agirc-Arrco
CHENAIE Bernard, AG2R La Mondiale
CHENOT Alain, Ipse
CLOTUCHE Gabrielle, utualité Saint Michel
COHEUR Alain, Union nationale des Mutualités socialistes
DAROS Bertrand, Smi
De CLAIRVAL Diane, Malakoff Médéric
De GORIAINOFF Jehan, B2V
de KERSABIEC Jean-Hubert, Ircem
DELAGRANGE Michèle, Smi
ESCUDIE Michel, Ircem
FEDERKEIL-GIROUX Cornélia, Fnmf
FRAGONARD Bertrand, Haut Conseil de la Famille
FLUHR Jean-Claude, AG2R La Mondiale
FREMEAUX Philippe, Alternatives Economiques
GALLOU Jean-Claude, Ocirp
GARDE Jean-Luc, Malakoff Médéric
GARIER Nicolas, Ag2r La Mondiale
GENELLE François, Unmi
GILLIBERT Pierre
GILLOT Jean-Jacques, Gnp
GOSSELIN Hélène, Europe & Société
GRANDJEAN Laurence, AG2R La Mondiale
GUENOUX Muriel, Inpc
GUILLOMET Laurent, Jouve-Safig
LAURENT Benjamin, Ministère de la Santé
LAURETTE Philippe, Rds
LAUTRETTE Laurence, Laurence Lautrette & Associés
LAVOREL Arnaud, Aef
LE CALVE Josiane, Réunica
LIARD Céline, Ag2r La Mondiale
LESOT Brigitte, Mutuelle Chorum
LOREAL Simon, Ipse
MASSOT Frédéric, Macif Mutualité
MOREAU Jacques, Europe & Société
PETIT-JEAN Bernard, Ipse
PICOT Jean, Ipse
POIFFAIT Nicole, Smi
PREEL Jean-Luc, Assemblée Nationale
PROUTEAU Jean-Marie, Mutuelle Chorum
PROVENZI Lucien, Ag2r Prévoyance
RAMBAUD Eric, Pro Btp
RENAUDIN André, Ag2r La Mondiale
ROBINET Jean-Marc, Réunica
RUIZ Sophie, Ipse
SADDIER Jérôme, Mutuelle Nationale Territoriale
SAUTY Gérard, Cftc
SAULNIER Anne, Ocirp
SAVOYE Marcel, Csv/Acv
SCHAEPELYNCK Patrick, Smi
SIEGEL Jean-Paul, Cabinet d'Avocats Boukris
TABARD Olivier, Novalis Taitbout
TERRASSE Pascal, Assemblée Nationale
TESSON Johann, Quali'Strat
TONELLATO Marie-Christine, AG2R La Mondiale
VARDA Stéphane, Pro Btp
VITAL Eméline, B2V

Mutualité et paritarisme, acteurs majeurs de la solidarité pour un nouveau contrat social

Le 9^e Colloque professionnel de Ipse s'était donné comme objectif d'interpeller différents acteurs de la protection sociale solidaire ainsi que des parlementaires sur le rôle et la place de la protection sociale complémentaire solidaire. Pour ouvrir cette matinée, **André Renaudin**, directeur général du groupe AG2R La Mondiale, a souligné que ces thèmes d'actualité se devaient d'être discutés afin de contribuer à la valorisation de l'action spécifique des entreprises mutualistes et paritaires. **Alain Chenot**, président de l'Ipse, a ensuite évoqué ce qui différenciait ces dernières des compagnies d'assurance rémunératrice d'actionnaires, insistant sur la nécessité de mettre davantage en avant leur différenciation par ce qu'ils font plutôt que par ce qu'ils sont. **Dominique Boucher**, délégué général de l'Ipse, a regretté que la protection sociale, dont les effets d'amortisseur de crise furent plébiscités en 2008 et 2009, soit aujourd'hui la cible première des plans d'austérité en Europe et qu'en France, mutuelles et paritaires souffrent de nouvelles taxes indues alors qu'elle assurent déjà des financements telle la CMU complémentaire.

Philippe Frémeaux, éditorialiste de la revue Alternatives économiques, a souligné, pour sa part, que les entreprises de l'économie sociale conservaient toute leur légitimité dans le domaine de la protection sociale. Toutefois, celles-ci devaient faire face aux risques de récupération, de banalisation (par rapport aux sociétés de capitaux), d'instrumentalisation (par les pouvoirs publics) et à de nombreux défis en matière de définition et d'organisation des prestations.

Maître **Laurence Lautrette** a dans un premier temps de nouveau évoqué ce risque de banalisation et néanmoins démontré par la suite que la spécificité des acteurs de protection sociale solidaire était basée sur le long terme et la solidarité. Cette dernière valeur se justifie par trois « pieds » : la délivrance de droits non contributifs, l'action sociale et la prévention. L'action sociale, notamment, ne serait ainsi pas un « gadget » mais une véritable « action complémentaire à l'assurance complémentaire » qui doit aller chercher les poches de besoins les plus reculées.

Lors de la table ronde, **Bertrand Fragonard**, Président délégué du Haut Conseil de la Famille, a souligné que l'intérêt de l'Etat était de créer les conditions fiscales et sociales qui permettent la pérennité de contrats collectifs assurant une prise en charge complémentaire générale au bénéfice des salariés. Les deux élus **Pascal Terrasse**, député socialiste, et **Jean-Luc Préel**, député nouveau centre, ont, au-delà de leurs divergences politiques, tout deux donné une grande importance à la question de l'organisation de l'offre de soins. Jean-Luc Préel a notamment plaidé pour une « règle d'or sociale » (approuvé par Pascal Terrasse ... mais pas avant 2012 !), qui permettrait de voter un budget de la sécurité sociale en équilibre, et insisté sur la nécessaire responsabilisation des partenaires sociaux, notamment en termes d'équilibre des comptes, dès lors qu'ils gèrent un régime. Pascal Terrasse a, pour sa part, affirmé la nécessité de repenser les objectifs de la protection sociale, insistant sur les enjeux liés aux inégalités entre générations. Concernant les entreprises mutualistes et paritaires, il a regretté des opérations de marketing heurtant la perception positive de la non lucrativité de celles-ci. **Marcel Savoye**, secrétaire national honoraire de la Confédération des syndicats chrétiens de Belgique, a apporté un point de vue belge sur l'évolution de structures mutualistes et paritaires qui en partie (liée au financement) ont évolué vers des formes de tripartisme, ce qui pose la question du développement d'une complémentaire autonome.

Pour conclure ce colloque, Philippe Frémeaux a rappelé que les transformations sociales qui ont accompagné nos démocraties de marché au cours du siècle dernier avaient favorisées l'autonomie des individus. Or cette autonomie, pour qu'elle bénéficie à chacun, suppose aussi de solides garanties collectives afin que notre société du « chacun son choix » ne tombe pas dans le « chacun pour soi ».

Cette matinée de débats a donc permis de confirmer l'idée que la solidarité fondée sur l'intérêt collectif doit encore rester un principe majeur de notre système de protection sociale, tant pour les régimes de base que pour les complémentaires.

