

IRES

**Lucy apRoberts
Emmanuel Reynaud**

**Un panorama de la
protection sociale complémentaire**

Rapport réalisé pour la MIRE

Convention n° 6/97

février 1998

TABLE DES MATIERES

Introduction	4
I. CONCEPTS CLEFS	5
1. La protection sociale comme composante du salaire	5
2. Des distinctions clefs : base / complémentaire, obligatoire / volontaire	7
3. Maintien du salaire, capital et épargne	10
4. Le marché de la protection sociale	12
4.1. <i>Les segments du marché</i>	12
4.2. <i>Les fournisseurs de « produits »</i>	14
5. Acteurs professionnels et niveaux de décision	15
II. L'EVALUATION STATISTIQUE	18
1. La mesure du complémentaire dans son ensemble	18
1.1. <i>La protection sociale complémentaire dans la rémunération globale</i>	18
1.2. <i>Les limites des comptes de la protection sociale</i>	19
2. Le suivi statistique des organismes assureurs	22
2.1. <i>Des données éclatées et incomplètes</i>	22
2.2. <i>Vers une meilleure connaissance</i>	24
3. La mesure du marché de la protection sociale	25
3.1. <i>Une évaluation de l'ensemble</i>	25
3.2. <i>L'évolution récente du marché</i>	28
3.3. <i>Le partage du marché</i>	29
3.4. <i>La situation des différentes catégories d'organisme assureur</i>	31
4. La négociation collective sur la protection sociale	32
4.1. <i>Les accords de branche</i>	33
4.2. <i>Les accords d'entreprise</i>	34
III. LE CADRE JURIDIQUE	39
1. Extension du droit du travail ou droit des accords de protection sociale ?	39
2. Clarification et mise en ordre juridiques	41
2.1 <i>Les retraites complémentaires dans le contexte européen</i>	42
2.2 <i>Mise en ordre de la protection complémentaire volontaire</i>	43
3. Mise en oeuvre de la couverture complémentaire	45
3.1. <i>Fondements juridiques de la couverture complémentaire</i>	45
3.2. <i>Organismes gestionnaires, acteurs et procédures de contrôle</i>	47
4. Tendances et perspectives	49

IV. LES TRANSFORMATIONS DES RETRAITES COMPLEMENTAIRES	53
1. Réforme du régime général	53
2. Régimes complémentaires obligatoires	54
2.1. <i>Regroupement dans les fédérations ARRCO et AGIRC</i>	55
2.2. <i>Passage au taux de cotisation unique à l'ARRCO et à l'AGIRC</i>	56
2.3. <i>Adaptation aux évolutions socio-économiques et démographiques</i>	58
2.4. <i>Régime unique ARRCO et solidarité financière ARRCO-AGIRC</i>	61
3. Dispositifs complémentaires volontaires	63
3.1. <i>Couverture volontaire : bilan de la situation</i>	64
3.1.1. Institutions de retraite supplémentaire	65
3.1.2. Financement en interne	67
3.1.3. Contrats auprès d'un organisme assureur	68
3.2. <i>Evolution des pratiques</i>	70
3.2.1. Un mouvement vers une logique de préfinancement	71
3.2.2. Les contrats Madelin pour les travailleurs indépendants	72
3.3. <i>Le débat sur l'introduction de « fonds de pension »</i>	74
3.3.1. Confrontation entre intérêts divergents	75
3.3.2. La loi Thomas	79
V. LA SOLIDARITE FRAGMENTEE	84
1. La solidarité au sein des régimes volontaires	85
1.1. <i>Le remboursement de frais médicaux</i>	85
1.2. <i>Les prestations familiales</i>	86
1.3. <i>La différenciation des catégories</i>	88
1.4. <i>Les garanties facultatives</i>	89
2. Les inégalités au sein du salariat	90
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	94
SIGLES	98
Annexe 1 - INSEE : Composantes du coût de la main-d'œuvre	99
Annexe 2 - Comptes de la protection sociale	100
Annexe 3 - Sources de données sur la protection sociale complémentaire	101

UN PANORAMA DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

Les systèmes nationaux de protection sociale sont partout constitués d'une combinaison de dispositifs, les uns d'origine légale, les autres issus de l'initiative d'acteurs du domaine professionnel : les employeurs et les organisations syndicales. En France, cette seconde forme de couverture, que l'on peut appeler complémentaire ou professionnelle, occupe depuis longtemps une place particulièrement importante dans le système global de protection sociale et elle pourrait à l'avenir être amenée à se développer davantage. Elle n'en représente pas moins le point aveugle de la recherche sur la protection sociale, qui tend à se concentrer sur les seuls dispositifs légaux. Notre langage même révèle ce biais car ce que l'on désigne par l'expression « Etat-providence » regroupe souvent une variété d'institutions qui n'ont pas toutes été créées par les pouvoirs publics et qui ne sont pas forcément gérées par eux.

Du point de vue de la localisation des décisions concernant la protection sociale, la comparaison internationale met en évidence un second trait saillant du système français, à savoir le poids de l'échelon national et la faible place occupée par l'entreprise. Malgré la prépondérance d'instances centralisées fonctionnant sur un plan national, dont les décisions s'imposent à l'ensemble des employeurs, il existe des marges d'initiative où des décisions sont prises au niveau de la branche ou au niveau de l'entreprise. C'est en particulier le cas pour la prise en charge du remboursement complémentaire de frais médicaux et pour l'ensemble des garanties que l'on regroupe sous le nom de « prévoyance ». Ces deux formes de couverture sociale ont tendance à s'étendre.

En revanche, dans le domaine des retraites, l'entreprise est presque absente en France. Le patronat et les syndicats ont instauré des régimes complémentaires paritaires qui versent des prestations ayant un poids important dans la constitution de la pension globale pour l'ensemble des salariés du secteur privé. A côté de ces régimes, les pensions versées par les dispositifs d'entreprise concernent peu de salariés et leur place dans le système de retraite global est tout à fait marginal. Dans ce rapport, les transformations des retraites complémentaires font l'objet d'un développement approfondi. Ce domaine constitue une arène de confrontation entre des intérêts divergents, où certains cherchent à étendre le rôle de l'entreprise.

La première partie de ce rapport est consacrée à une discussion sur des concepts clefs pour situer le complémentaire au sein de l'ensemble de la protection sociale et pour analyser la dynamique de la protection sociale complémentaire. La seconde partie examine les statistiques disponibles et leur pertinence pour l'étude de ce champ. La troisième traite des évolutions récentes du cadre juridique à l'intérieur duquel les employeurs et les représentants des salariés prennent leurs décisions concernant la protection sociale complémentaire. La quatrième partie est consacrée aux transformations des retraites complémentaires, domaine qui a connu des changements importants ces dernières années et qui pourrait changer encore dans un proche avenir. La dernière partie examine les formes de solidarité à l'oeuvre dans la protection sociale selon qu'elle relève de dispositifs

couvrant des groupes restreints ou de dispositifs opérant une mutualisation à l'échelle nationale.

I. CONCEPTS CLEFS

1. LA PROTECTION SOCIALE COMME COMPOSANTE DU SALAIRE

Nous envisageons la protection sociale comme un élément du rapport salarial. Elle est née de la nécessité, pour les personnes qui tirent l'essentiel de leurs revenus de l'emploi, et pour leurs familles, de faire face à des périodes où elles n'exercent pas une activité rémunérée (chômage, retraite, invalidité, maladie, accouchement) ou de subvenir à certains besoins (soins médicaux, éducation des enfants, logement,...). Comme l'a formulé Henri Hatzfeld (1971) dans son livre sur la genèse de la sécurité sociale française, la protection sociale constitue la sécurité par le salaire, par opposition à la sécurité par la propriété, apanage des classes possédant un patrimoine.

Nous écartons ainsi d'emblée du champ de ce rapport la protection sociale des travailleurs indépendants. Cela n'implique pas forcément que celle-ci doive être exclue de recherches ultérieures. On peut considérer qu'il existe une dynamique d'imitation des salariés par les travailleurs non salariés, ces derniers ayant progressivement acquis certains droits réservés au départ aux premiers. Sur cette base, on peut émettre l'hypothèse que la protection sociale des non salariés serait une sorte de dérivé de celle des salariés. Cependant, pour beaucoup de travailleurs indépendants, des choix s'opèrent entre trois termes : accumulation de patrimoine, protection sociale et dépenses courantes, en sachant que le patrimoine peut jouer un rôle de garant de la sécurité de l'existence, en même temps que la protection sociale. En raison du fait que cette situation diffère fondamentalement de celle des salariés, il faudrait établir un cadre d'analyse différent de celui proposé ici pour étudier la protection sociale des travailleurs indépendants.

Les analyses de la protection sociale considèrent souvent que celle-ci serait destinée à corriger – ou tout au moins à atténuer – les inégalités de revenu engendrées par le système productif. Celui-ci régirait une distribution des revenus du travail et du capital – salaires et profits – et les politiques sociales effectuerait une seconde distribution ou redistribution, verticale cette fois-ci, au profit des personnes dont les revenus sont bas. Les conclusions qui résultent de ce type d'analyse sont normatives : le but de la protection sociale est considéré comme donné et on étudie dans quelle mesure celle-ci corrige les inégalités ou comment elle pourrait mieux les corriger.

Ce point de vue convient mal à l'analyse de la protection sociale de base. Celle-ci met en oeuvre de multiples formes de solidarité, qui sont loin de se réduire à une redistribution verticale (pour une analyse des solidarités à l'oeuvre dans le système de retraite, voir apRoberts et Concialdi, à paraître). Quant aux régimes conventionnels obligatoires – les retraites complémentaires et l'assurance chômage –, ils fonctionnent selon une logique de proportionnalité entre prestations et salaires, logique qui tend à reproduire les inégalités de salaires, sans nécessairement les accentuer. Dans une large mesure, la protection sociale obligatoire projette les inégalités des salaires au-delà de l'activité.

Une analyse en termes de redistribution verticale saurait encore moins convenir à l'étude de la protection sociale mise en place par les entreprises. En effet, celle-ci favorise généralement les salariés situés en haut de la hiérarchie et elle accentue les inégalités de rémunération. Tout d'abord, les cadres, voire parfois les seuls cadres supérieurs, en bénéficient plus souvent que d'autres catégories. Ensuite, lorsque toutes les catégories ont droit aux mêmes types de prestations, celles-ci sont souvent plus importantes, en proportion du salaire, pour les catégories dont les salaires sont relativement élevés (Abécassis, apRoberts, Kartchevsky, 1990).

On pourrait en conclure que ces dispositifs n'ont rien en commun avec ce que l'on appelle habituellement la « protection sociale ». Il nous semble préférable d'adopter une approche qui permet d'appliquer une même grille d'analyse à la protection sociale d'entreprise et à la protection sociale obligatoire. Nous visons à prendre en compte l'ensemble des fonctions effectivement assumées par la protection sociale et non à les supposer prédéfinies.

L'on a souvent du mal à caractériser la partie de la rémunération des salariés constituée par la protection sociale. Elle est parfois appelée « salaire indirect », par opposition à « salaire direct ». Cette caractérisation a l'avantage de souligner l'idée selon laquelle la protection sociale constituerait une composante du salaire. Cependant cette terminologie s'avère insatisfaisante lorsqu'elle est appliquée à certains éléments de la protection sociale. Un employeur peut très bien verser des prestations sociales directement à ses salariés, par exemple, le maintien du salaire pendant un congé maladie ou une pension de retraite, tout comme le salaire, sans que le financement passe par une caisse séparée du budget de l'entreprise. L'opération n'a alors rien d'indirect.

L'expression « salaire différé » est également utilisée pour caractériser les prestations sociales. Elle implique, tout comme l'expression « salaire indirect », que la protection sociale fait partie du salaire. Cependant, elle implique aussi qu'il existe deux temps dans la protection sociale : un premier temps où les salariés touchent leur « salaire immédiat » et un deuxième temps où ils touchent leur « salaire différé ». Cette caractérisation peut éventuellement convenir à des pensions de retraite ou d'invalidité, prestations versées généralement après la cessation définitive de toute activité professionnelle, mais elle convient mal à d'autres éléments de la protection sociale. Le remboursement de frais médicaux ou le versement d'allocations familiales, par exemple, peuvent intervenir à tout moment de la carrière, sans que le bénéficiaire ait cessé de travailler. Une partie de la couverture sociale est immédiate et la période où le salarié et sa famille reçoivent des prestations peut coïncider avec la période d'activité.

Il nous semble essentiel de considérer la protection sociale – complémentaire ou de base – comme une composante de la rémunération globale des salariés. Vue sous cet angle, la protection sociale constituerait une partie du salaire, au même titre que le salaire dit direct. A partir de cette analyse, la question fondamentale est de connaître les facteurs qui gouvernent l'arbitrage entre salaire direct et prestations sociales au sein de la rémunération globale. Cette question est liée aux niveaux auxquels sont prises les décisions concernant cet arbitrage. Une partie des prestations sociales est distribuée par des caisses de branche

ou par les entreprises. Une autre est distribuée par des régimes fonctionnant à une échelle centralisée et nationale. Quels facteurs déterminent les frontières entre ces niveaux ?

2. DES DISTINCTIONS CLEFS : BASE / COMPLEMENTAIRE, OBLIGATOIRE / VOLONTAIRE

Dans les comparaisons internationales, la protection sociale est parfois caractérisée comme un système à trois « piliers » : le premier serait le régime de base public ; le second les régimes complémentaires ou professionnels ; le troisième les revenus provenant de l'épargne des ménages. Cette typologie semble mal adaptée à la réalité dans la plupart des pays. Tout d'abord, la métaphore des piliers implique un certain rapport entre les trois qui est de fait normatif. Pour tenir debout, une structure a besoin d'au moins trois piliers et ceux-ci doivent être de proportions égales. Ce schéma semble correspondre plus ou moins à la réalité du système de retraite de la Suisse, pays d'où provient cette terminologie. Mais ailleurs, les régimes de base sont généralement prépondérants et on ne peut guère qualifier les régimes complémentaires – ou l'épargne des ménages – de « piliers » du financement de la protection sociale au même titre que les régimes de base : ni en ce qui concerne les revenus de retraite, ni en ce qui concerne d'autres prestations.

Le métaphore d'étages semblerait plus approprié. Dans la plupart des pays industrialisés occidentaux, il existe en effet deux voire trois étages du système de protection sociale, constituées par des institutions distinctes. Cependant, « pyramide » serait peut-être encore plus appropriée comme image étant donné que les régimes de base couvrent l'ensemble des travailleurs – tout au moins du secteur privé –, les étages supérieurs étant souvent réservés à une minorité. Enfin, pour les besoins de la comparaison internationale, le constat de l'existence de différents étages n'est pas très utile en soi, parce que les structures d'ensemble diffèrent et que donc il n'y a pas de correspondance un à un entre les étages d'un pays à l'autre.

Dans cette analyse, nous privilégions le terme « complémentaire ». Celui-ci implique tout d'abord l'existence d'une protection sociale de base. Il signifie également que base et complémentaire forment un tout et font ensemble système. Le terme complémentaire implique également que la base forme l'essentiel, le reste venant la compléter mais de façon plutôt secondaire.

Le terme complémentaire revêt habituellement une seconde signification : le résultat d'initiatives d'acteurs professionnels plutôt que des pouvoirs publics, ces derniers étant responsables de la protection sociale de base. En France, l'assurance chômage échappe toutefois à cette caractérisation générale car elle a été mise en place par un accord collectif interprofessionnel et elle est gérée par des acteurs privés. L'Etat prend le relais de ce régime au bout d'une certaine durée de chômage. Dans ce domaine, on peut considérer que les pouvoirs publics gèrent un dispositif « complémentaire » par rapport au régime de « base » conventionnel, les prestations versées par l'Etat étant de loin inférieures à celles versées par le régime paritaire. Néanmoins, dans d'autres domaines de la protection sociale du secteur privé, la distinction entre base et complémentaire coïncide avec la distinction entre étatique et professionnel.

En ce qui concerne les salariés du secteur public français, ces distinctions sont inopérantes. Le concept de complémentaire n'y a pas grand sens et en tout cas pas le même que dans le secteur privé. Etant donné que l'Etat est l'employeur, la protection sociale des fonctionnaires peut être considérée, soit comme intégralement d'origine légale, soit comme entièrement d'origine professionnelle. On peut parfois distinguer différents « étages » au sein de la protection sociale des fonctionnaires : l'assurance médicale complémentaire y fait l'objet de garanties gérées par des mutuelles auxquelles les salariés choisissent individuellement d'adhérer ou pas ; il existe aussi des dispositifs complémentaires de retraite, également à participation facultative. Comme pour les travailleurs indépendants, cette restriction de notre champ n'implique pas forcément que la protection sociale du secteur public doit être exclue de travaux ultérieurs. Seulement, comme pour les travailleurs indépendants, il faudrait que la problématique soit posée dans des termes différents de ceux utilisés ici.

La législation impose la protection sociale de base à l'ensemble des employeurs et des salariés du secteur privé. Le statut légal de la protection sociale complémentaire est plus complexe. Pour étudier la dynamique de son développement, il importe de distinguer, en son sein, entre la partie obligatoire et celle que les acteurs du domaine professionnel choisissent de mettre en place ou pas. Les acteurs dont il s'agit sont ceux qui sont directement impliqués dans le rapport d'emploi, à savoir les employeurs, les représentants des salariés et parfois les salariés eux-mêmes. Cette seconde partie est qualifiée ici de « volontaire ». Pour caractériser l'opposition entre obligatoire et volontaire, on parle parfois de protection sociale « légale » ou « statutaire » par opposition à la protection sociale « conventionnelle ». Cependant, ce dernier terme est régulièrement employé comme ayant trait à la négociation collective, alors que les employeurs sont souvent à l'origine de la mise en place de la protection sociale complémentaire, sans qu'un syndicat n'intervienne. Nous considérons comme volontaires et professionnelles aussi bien les initiatives patronales unilatérales dans ce domaine que celles issues de la négociation collective.

Le système français de protection sociale est marqué par le fait que des décisions prises à travers la négociation collective se sont souvent transformées en obligations légales. L'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaires, devenus obligatoires dans tout le secteur privé, ont été instaurés par des accords collectifs. De même en ce qui concerne la mensualisation : des accords interprofessionnels ont requis pour toutes les catégories de salariés le maintien de la rémunération lors d'une période d'incapacité temporaire à travailler, ainsi que le versement d'indemnités aux salariés licenciés ou quittant leur emploi pour partir en retraite ; ces accords ont été traduits en législation par la suite.

Dans le domaine de la retraite, la signification du terme « complémentaire » a connu un glissement dans le temps qui allait de paire avec des changements institutionnels. Il y a trente ans, le terme regroupait tout ce qui complète la protection sociale de base d'origine étatique, mais aujourd'hui, en ce qui concerne la retraite, il est souvent réservé aux seuls régimes complémentaires obligatoires. Du coup, l'on a inventé le terme « surcomplémentaire » pour caractériser les dispositifs qui versent des pensions en plus de

celles fournies par l'ensemble des régimes obligatoires, c'est-à-dire aussi bien le régime de base que les régimes complémentaires. Actuellement, l'adjectif « supplémentaire » est souvent utilisé pour décrire ces dispositifs. Ces changements dans la signification des mots proviennent du fait que les régimes de retraite complémentaire se sont construits à partir de décisions prises volontairement par le patronat et les syndicats. Des institutions établies volontairement sont devenues obligatoires de par la loi et l'on a cherché de nouveaux termes pour caractériser les dispositifs non obligatoires.

Les régimes de retraite complémentaire ont longtemps laissé libre un certain espace de décision pour les entreprises en leur permettant de verser des cotisations supplémentaires, au-delà du niveau obligatoire. Cette liberté est cependant très contrainte dans la mesure où, une fois la décision prise d'augmenter le taux, le nouveau taux majoré devient obligatoire en quelque sorte, l'entreprise n'ayant pas le droit de l'abaisser. Cette marge de liberté est en train de disparaître, les partenaires sociaux ayant récemment négocié un taux unique, le même pour tous (ce point est développé dans la section sur les retraites complémentaires). Ainsi, les régimes complémentaires ont supprimé un espace volontaire en leur sein en rendant la cotisation entièrement obligatoire, renforçant ainsi leur caractère de dispositifs obligatoires et uniformes.

Notre définition de la protection sociale volontaire exclut les initiatives d'individus agissant en dehors d'un cadre professionnel. Les individus – salariés ou non salariés – peuvent entreprendre des démarches pour se protéger contre certaines éventualités. L'épargne qu'a héritée ou accumulée un ménage peut être utilisée pour financer ses besoins pendant la retraite ou pendant une période de chômage. De même, un individu ou un ménage peut souscrire un contrat garantissant la prise en charge de frais médicaux. Cependant, nous considérons ce type de démarche comme individuel et il importe de le distinguer de la protection sociale volontaire.

Au sein de la protection sociale volontaire, il existe parfois une dimension de choix individuel que nous qualifions de facultatif¹. Les mutuelles fonctionnent souvent de cette façon au sein des entreprises : chaque salarié décide d'adhérer ou non, mais le cadre est professionnel. Il est fréquent que les contrats de prévoyance prévoient la possibilité pour les individus de souscrire une couverture facultative, au-delà de ce qui s'impose à un groupe de salariés, moyennant une augmentation de leurs cotisations. Cependant, la fiscalité décourage fortement les garanties facultatives : les cotisations au titre de la protection sociale complémentaire font l'objet d'exemptions de l'impôt et de certaines cotisations sociale à condition que l'affiliation soit obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à une même catégorie.

1. Le terme « facultatif » peut être utilisé pour désigner la dimension de choix, que celui-ci soit exercé par les employeurs ou les salariés, comme le fait la Commission de contrôle des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP, 1993). Il nous semble préférable de réservier « facultatif » à des choix individuels et « volontaire » à des décisions prises pour le compte d'un groupe de salariés, afin d'éviter une confusion entre les deux niveaux de décision.

3. MAINTIEN DU SALAIRE, CAPITAL ET EPARGNE

L'on a parfois tendance à assimiler la protection sociale à la couverture de frais médicaux et aux prestations qui prennent la forme d'un flux de revenu, venant en remplacement du salaire : indemnités journalières ou pensions (de retraite, d'invalidité, de survivants). Cependant, il existe des prestations qui prennent la forme d'un capital, versé en une seule fois. D'une part, il est courant que les entreprises versent diverses « allocations » ou « primes » : de naissance, d'adoption, de mariage, pour des obsèques,... Généralement d'un montant faible, ces prestations sont le plus souvent forfaitaires. D'autre part, les dispositifs de prévoyance versent souvent un capital à la famille lors du décès d'un affilié ou s'il devient invalide. Ces capitaux, calculés généralement comme un multiple du salaire annuel, représentent des sommes bien plus importantes.

Les indemnités de licenciement sont également versées sous forme d'un seul paiement. Elles peuvent être considérées comme une sorte de réparation faite par l'employeur du tort qu'il fait à un salarié en le licenciant. Ils ont également la fonction d'associer aux licenciements un coût pour l'employeur, afin de les décourager. Le montant du paiement est lié au niveau de salaire : il est calculé comme un pourcentage du salaire multiplié par le nombre d'années de service accompli avant le départ. Au moment du départ suite à un licenciement, les salariés disposent d'un capital qu'ils peuvent dépenser ou épargner comme ils l'entendent. Ils sont susceptibles de l'utiliser pour faire face à leurs dépenses courantes s'ils connaissent par la suite une période de chômage. La décision de l'utilisation du capital revient à l'individu qui le reçoit.

De même, les indemnités ou les primes de fin de carrière prennent la forme d'un capital, versé lors d'un départ en retraite. Celui-ci peut être utilisé pour financer la période de la retraite, à condition que le bénéficiaire l'épargne en étalant sa consommation dans le temps.

Enfin, toute forme d'épargne salariale participe potentiellement au financement de périodes d'inactivité. A la différence des diverses prestations de protection sociale versées sous forme d'un capital, la valeur de l'épargne salariale n'est pas uniquement fonction du salaire : elle peut dépendre des performances individuelles des salariés ou d'un groupe, de la rentabilité de l'entreprise et enfin de la rentabilité de placements financiers. L'accumulation d'un capital permet aux salariés de disposer d'un certain patrimoine qu'ils peuvent utiliser comme ils l'entendent et cette utilisation peut inclure des besoins pris en compte par la protection sociale.

En France, il est rare que l'on assimile l'épargne salariale à de la protection sociale. On assiste ailleurs à une extension de cette idée et en particulier aux Etats-Unis. Dans ce pays, on tend de plus en plus à associer l'épargne salariale au financement des besoins des salariés pendant des périodes d'inactivité. Les régimes de retraite d'entreprise, qui versent une pension complémentaire à celle du régime national de base, ont souvent été remplacés par des plans d'épargne salariale qui versent un capital. Celui-ci n'est disponible normalement qu'au moment où les salariés quittent leur employeur, quel que soit leur âge (apRoberts, 1997). Les salariés ont le choix à ce moment-là entre liquider le capital ou le

reverser sur un compte épargne-retraite individuel. La fiscalité encourage ce second choix, car le capital liquidé est immédiatement intégré au revenu imposable, tandis que le capital versé à un compte épargne-retraite, ainsi que les intérêts gagnés sur les placements d'un tel compte, sont exemptés de l'impôt. Le capital accumulé sur un compte épargne-retraite n'est taxé qu'au moment où il est retiré. De plus, les autorités fiscales encouragent la conservation du capital au moins jusqu'à l'âge de 59 ans² : les retraits effectuées avant cet âge sont sujets à une taxe équivalente à 10 % de leur valeur, en plus du fait qu'ils sont intégrés dans le revenu imposable.

Toutefois, la réglementation prévoit des circonstances où le capital peut être dépensé en étant dispensé de la taxe de 10 %, même si le propriétaire n'a pas atteint l'âge de 59 ans : si un salarié quitte son emploi en ayant dépassé l'âge de 55 ans ; s'il devient invalide ; si le capital est utilisé pour acheter une rente viagère ; si le capital est utilisé pour financer des soins médicaux (McGill et Grubbs, 1989). Cette ensemble de règles privilégie les dépenses soient associées à de la protection sociale : la retraite tout d'abord, la retraite anticipée ou le chômage des travailleurs âgés, l'invalidité, les frais médicaux. Etant donné qu'il s'agit d'un capital et non d'un flux régulier de revenu, le salarié – actif, retraité, invalide ou chômeur – reste tout de même libre de dépenser la somme comme il le souhaite. Les exemptions fiscales découragent les dépenses autres que celles associées à certains besoins sans pour autant les interdire.

On voit apparaître ici une logique de sécurité par la propriété d'un capital plutôt que de sécurité par le salaire ou par un flux de revenu qui remplace le salaire. En France, les indemnités de fin de carrière – de licenciement ou de départ en retraite – se rapprochent de cette logique. Le salarié reçoit un capital dont il dispose librement. Par ailleurs, l'épargne salariale se développe, sous des formes variées. Là encore le salarié dispose d'un capital qu'il peut potentiellement utiliser pour subvenir à ses besoins pendant une période où il ne reçoit pas de salaire. Ce type de démarche intègre, au sein même du salaire, la sécurité par la propriété, celle que Henri Hatzfeld décrit comme se situant à l'opposé de la protection sociale.

Nous avons posé la question de l'arbitrage entre le salaire direct et les prestations sociales au sein de la rémunération globale. Il faudrait sans doute intégrer un troisième terme à ce choix, constitué par l'épargne salariale. Les choix concernant la structure de la rémunération qui s'opèrent au niveau des entreprises intègrent également cet élément de la rémunération. De même que les dispositifs de retraite professionnels fonctionnant en capitalisation se rapprochent d'une logique d'épargne-retraite, l'épargne salariale peut se rapprocher du financement de la retraite et, plus globalement, du financement des périodes d'inactivité. On peut s'attendre à ce que les acteurs du domaine professionnel perçoivent les deux comme des destinations alternative de l'épargne. Le choix entre les deux dépendrait de plusieurs facteurs : des avantages fiscaux associés à l'un et l'autre ; des politiques des entreprises en matière de gestion des départs des salariés selon leur âge ; de l'importance qu'attachent les salariés à la différence entre un capital disponible avant la retraite et une rente versée pendant la retraite.

2. Précisément, 59 ans et demi,

4. LE MARCHE DE LA PROTECTION SOCIALE

La protection sociale peut être financée directement par l'entreprise, sans qu'elle passe par une caisse séparée de ses propres comptes. Il s'agit d'une gestion interne, où l'entreprise agit en quelque sorte comme son propre assureur. Dans ce cas, l'entreprise verse les prestations directement aux bénéficiaires – salariés ou anciens salariés –, tout comme les salaires. Ce fonctionnement correspond au financement par l'Etat de la plupart des prestations sociales versées aux fonctionnaires.

La plus grande part de la protection sociale du secteur privé passe par des circuits hors entreprise. Les prestations de la Sécurité sociale, de l'assurance chômage, des régimes de retraite complémentaires sont financées par des cotisations versées à une caisse extérieure qui, elle, verse les prestations aux bénéficiaires. Le reste de la protection sociale – qu'elle soit volontaire ou qu'elle soit obligatoire de par des accords interprofessionnels ou de par la législation – peut en théorie être gérée en interne ou en externe.

Les retraites complémentaires obligatoires, les prestations gérées par la Sécurité sociale ou par l'assurance chômage ne font pas l'objet d'un marché : il n'y a pas de confrontation entre une offre et une demande avec un ajustement par les prix. Les salariés sont obligatoirement affiliés aux caisses qui gèrent ces couvertures, sans choix concernant l'affiliation ou le calcul de leurs cotisations. Les retraites complémentaires sont gérées par des caisses différentes qui se livrent à une certaine concurrence pour des adhésions nouvelles (entreprises nouvellement créées, choix lors d'une fusion, etc.), mais une fois le choix de caisse fixé l'entreprise ne peut plus la quitter. Ce choix se fait selon des critères d'affinités ou de qualité de services mais pas sur des critères de « prix », ceux-ci étant fixés par les fédérations nationales. Il existe donc une forme de concurrence entre des caisses, mais ce segment de la protection sociale ne constitue pas pour autant un marché. Comme la Sécurité sociale ou l'assurance chômage, la retraite complémentaire fait l'objet d'une sorte de monopole dont les salariés et les employeurs ne peuvent pas se soustraire.

Le reste de la protection sociale peut théoriquement être gérée en interne ou en externe. La protection sociale volontaire gérée en externe constitue un marché car il existe de nombreux organismes assureurs en concurrence les uns avec les autres pour sa gestion et cette concurrence joue aussi bien sur les prix que sur la qualité des services proposés.

4.1. Les segments du marché

Ce marché peut être considéré comme étant constitué de trois segments :

- la retraite supplémentaire,
- la couverture complémentaire de frais médicaux,
- la prévoyance hors frais médicaux.

Ce découpage correspond aux séparations entre les contrats. La retraite supplémentaire gérée en externe fait l'objet de contrats séparés des autres éléments. Elle est beaucoup

moins développée que les deux autres segments du marché. Il arrive qu'un seul contrat comprend à la fois les frais médicaux et le reste de la prévoyance, mais ces deux éléments sont souvent séparés. De même, le terme « prévoyance » est parfois utilisé par les acteurs qui mettent en place la protection sociale volontaire pour désigner seulement les garanties autres que les frais médicaux et parfois il comprend les frais médicaux. Pour les besoins de l'exposition, nous utiliserons le terme prévoyance dans la suite de ce texte dans le premier sens, sans y inclure les frais médicaux. Les indemnités de fin de carrière ont un statut à part. Les sociétés d'assurances considèrent qu'elles relèvent de l'assurance vie et les associent à la retraite supplémentaire. Parfois elles sont incluses dans un contrat concernant la prévoyance.

On pourrait ajouter à ces trois segments de marché la gestion de l'épargne salariale, domaine qui se développe, et qui peut être prise en charge par les mêmes organismes qui interviennent en matière de protection sociale.

La protection sociale volontaire est décentralisée. La prévoyance fait l'objet parfois de contrats de branche, mais beaucoup de contrats couvrent les salariés, ou une catégorie de salariés, employés par une seule entreprise ou même un seul établissement. La couverture de frais médicaux est encore plus décentralisée, figurant rarement dans les accords collectifs de branche. De plus, l'affiliation aux dispositifs de remboursement de frais médicaux est beaucoup plus souvent facultative que l'affiliation aux dispositifs de prévoyance.

Les entreprises sont sujettes depuis longtemps à une obligation de souscrire une assurance décès pour les seuls cadres. Cette garantie fait l'objet d'une clause de la convention collective interprofessionnelle du 8 mars 1947 qui a instauré un régime de retraite complémentaire national pour cette catégorie. Un seul article – le numéro 7 – est consacré à ce sujet. Il fixe une cotisation patronale équivalente à 1,5 % du salaire sous le plafond de la Sécurité sociale pour les cadres. Il est précisé que « *cette contribution doit être versée à une institution de prévoyance ou à un organisme d'assurance* » et qu'elle est « *affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès* ». Ainsi, le décès est prioritaire, mais la cotisation peut être consacrée à d'autres garanties en plus³. Cet accord a fait que, dans quasiment toutes les entreprises, les cadres au moins sont affiliés à un régime de prévoyance. Il a également contribué à ouvrir les portes des entreprises aux compagnies d'assurances en tant qu'assureurs de la protection sociale. Les institutions paritaires, c'est-à-dire les caisses de retraite complémentaire ainsi que les institutions de prévoyance qu'elles ont créées, étaient déjà présentes en tant que gestionnaires de la retraite. Une fois un régime instauré pour les cadres, il était d'autant plus facile de franchir le pas pour d'autres catégories du personnel.

La prévoyance comprend toute une série de garanties. Les plus fréquentes correspondent au décès d'un salarié actif, à l'invalidité et au maintien du salaire pendant un congé maladie

3. Selon l'accord, si l'employeur ne verse pas la cotisation, il est tenu de verser directement à la famille d'un cadre qui décède une somme équivalente à 3 fois le plafond de la Sécurité sociale.

ou maternité, ces derniers étant souvent appelés « incapacité » dans les contrats. Les formes que revêtent les prestations principales varient d'un contrat à l'autre.

- Le décès donne généralement lieu au versement à la famille d'un capital. Souvent des rentes pour les enfants et/ou le conjoint (ou rentes de « survivants ») sont ajoutées.
- L'invalidité donne lieu au versement d'un capital ou d'une rente.
- L'incapacité donne lieu au versement d'indemnités journalières supplémentaires à celles requises par le droit du travail ou une convention collective de branche. Les régimes de prévoyance peuvent également assurer les indemnités obligatoires.

On peut ajouter une multitude d'autres garanties moins fréquentes, allant d'une allocation lors de la naissance d'un enfant à une assurance en cas d'incapacité à conduire pour les salariés chauffeurs de véhicule. Les contrats opèrent une multitude de combinaisons de ces différentes garanties. En règle générale, une catégorie donnée est couverte par un seul contrat. Les indemnités de fin de carrière figurent parfois dans le même contrat que le reste de la prévoyance.

Si, en théorie, toute prestation sociale peut être gérée en interne par une entreprise, en réalité, certaines sont gérées exclusivement en externe : la couverture de frais médicaux, les rentes de survivants, les rentes d'invalidité. D'autres sont gérées tantôt en interne, tantôt en externe : la retraite supplémentaire, les indemnités de fin de carrière, un capital en cas de décès ou d'invalidité, les indemnités journalières en cas d'incapacité. Les facteurs qui gouvernent le choix entre gestion interne et externe mériteraient investigation. La réglementation fiscale pèse fortement dans la décision. Le fait que les salariés aussi bien que l'employeur peuvent cotiser pour financer les garanties lorsque celles-ci passent par une caisse externe à l'entreprise doit jouer aussi. Il existe également des considérations de risque pour l'employeur qui « auto assure » des prestations, le degré de risque étant fortement lié à la taille du groupe de salariés.

Le marché de la protection sociale est un terrain mouvant à plusieurs titres. Tout d'abord, les frontières entre la protection sociale obligatoire et volontaire sont mouvantes. Ensuite, les acteurs professionnels peuvent étendre ou réduire les prestations volontaires. Enfin, les entreprises choisissent entre verser les prestations directement ou recourir à un organisme extérieur.

4.2. Les fournisseurs de « produits »

Le marché de la protection sociale complémentaire est un lieu de concurrence entre trois catégories d'organismes : les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutualités. Les premières sont des organisations à but lucratif, pour lesquelles la protection sociale représente un marché parmi d'autres. Les deux autres sont à but non lucratif et la protection sociale représente leur seul domaine d'activité et leur raison d'être. Elles ont pourtant des origines contrastées et correspondent à des logiques différentes de décision. Les institutions de prévoyance, souvent des émanations des caisses de retraite complémentaires à l'origine, sont gérées paritairement par les organisations patronales et syndicales. La mutualité est issue d'une tradition ancienne liée au mouvement coopératif, avec une tradition double de paternalisme et d'entraide ouvrière.

Il ne faut pas cependant exagérer les différences entre ces trois types d'organismes : il peut exister entre eux des liens tels que les différences s'estompent. Maintes caisses de retraite complémentaires et institutions de prévoyance ont été créées par des compagnies d'assurances qui y voyaient une façon de pénétrer le marché de la protection sociale d'entreprise. Une institution de prévoyance peut être réassurée par une compagnie d'assurances à telle hauteur qu'elle n'ait pas de véritable autonomie financière. De même, certains groupements mutualistes sont réassurés par des sociétés d'assurances ou des institutions paritaires. Ainsi, des organismes de nature juridique distinctes peuvent être liés entre eux (cf. CCMIP, 1993, p. 57).

Comme nous le verrons dans la section suivante sur les données statistiques, il existe une certaine spécialisation des organismes selon le segment du marché. Les sociétés d'assurances sont très présentes en ce qui concerne la retraite supplémentaire. Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances se partagent l'essentiel de la prévoyance. Les mutuelles sont bien implantées dans la couverture de frais médicaux; mais les autres organismes gèrent également cette forme de couverture.

Les organismes assureurs jouent un rôle important dans la protection sociale complémentaire. Ils fournissent une expertise technique, surtout en matière de prévisions actuarielles, qui dépasse les compétences des employeurs ou des syndicats, sauf parfois dans les plus grandes entreprises. Ils conçoivent les produits offerts sur le marché et ils testent la demande potentielle pour des garanties nouvelles.

Les organismes assureurs ont tendance à pousser, pour des raisons évidentes, à l'extension de la partie marchande de la protection sociale et cela de deux façons. Ils tentent d'étendre le marché en faisant basculer la protection sociale gérée en interne à des contrats externes, notamment à travers leur démarchage auprès des employeurs et également auprès des syndicats. À certains moments, ils peuvent essayer d'influencer les décisions politiques de manière à étendre le marché potentiel en faisant reculer la protection sociale gérée par des caisses obligatoires, celle qui échappe au marché.

Au niveau de l'entreprise, les décisions essentielles sont néanmoins prises par les acteurs impliqués directement dans la relation d'emploi, à savoir les employeurs, les organisations syndicales ou d'autres représentants des salariés et parfois les salariés eux-mêmes en tant qu'individus. Ce sont ces acteurs qui choisissent le niveau et la forme de la protection sociale, qui décident si la gestion sera interne ou externe, et qui choisissent les éventuels organismes gestionnaires extérieurs.

5. ACTEURS PROFESSIONNELS ET NIVEAUX DE DECISION

Pour les salariés du secteur privé, les acteurs principaux de la protection sociale sont au nombre de trois : l'Etat, les employeurs et les représentants des salariés. En ce qui concerne le secteur public, la configuration d'acteurs est toute autre. Il n'y en a que deux : l'Etat-employeur et les représentants des salariés. Cela fait que les logiques des décisions,

aussi bien sur le salaire direct que sur la protection sociale, sont assez différentes de celles qui président dans le secteur privé. Quant aux travailleurs indépendants, il n'existe là encore que deux acteurs essentiels : l'Etat et les bénéficiaires-employeurs.

En France, les décisions concernant la protection sociale du secteur privé ont souvent été prises en dehors de l'entreprise : soit par la négociation collective de branche ou interprofessionnelle, soit par la législation. Cette tradition est de longue date et concerne même des dispositifs instaurés sous l'impulsion du patronat, telles les allocations familiales. Elle concerne également la retraite. Tandis que, dans d'autres pays – les Etats-Unis, le Royaume-Uni ou l'Allemagne – l'avènement d'un régime national de base n'a pas fait disparaître les régimes de retraite d'entreprise, en France, après l'accord interprofessionnel de 1947 créant un régime national complémentaire pour les cadres, peu d'entreprises ont gardé ou instauré des dispositifs propres à leurs salariés. L'histoire de la retraite en France depuis 1947 est celle de l'expansion du système complémentaire. Et l'histoire de la protection sociale française est essentiellement celle de la construction de dispositifs fonctionnant à l'échelle de tout le secteur privé, voire tout le pays.

Les acteurs professionnels ont participé à la construction de ce système. Les raisons pour lesquelles les syndicats ont préféré la protection sociale hors entreprise semblent évidentes : peu présents dans l'entreprise, ils avaient plus de chances de peser dans des décisions négociées au niveau des branches ou au niveau interprofessionnel. De plus, les syndicats français favorisent généralement l'harmonisation de la rémunération – salaires et protection sociale – entre entreprises et entre secteurs. Une protection sociale qui mutualise les risques à travers une grande population contribue à harmoniser la rémunération dans son ensemble et à atténuer la concurrence entre salariés.

Mais le patronat aussi a souvent favorisé la protection sociale hors entreprise. Il a oeuvré à la mise en commun des caisses d'allocations familiales avant la Deuxième guerre mondiale. Peut-être y voyait-il une façon de ne pas accroître sélectivement le coût des travailleurs pères de famille, justement le groupe que les allocations familiales devaient aider de manière sélective ? En mettant en place une caisse nationale à laquelle tous les employeurs versaient des cotisations prélevées sur tous les salaires, aussi bien ceux des femmes que des hommes, des célibataires que des parents, le patronat s'assurait que le coût des allocations serait réparti de manière égale. Grâce à ce mécanisme, les salariés ayant des enfants à charge ne coûtent pas plus chers que d'autres et les employeurs n'ont pas de motivation financière à ne pas les employer.

Aujourd'hui, les décisions concernant la protection sociale volontaire sont prises au niveau des entreprises et au niveau des branches. En matière des indemnités associées à la mensualisation – les indemnités journalières et les indemnités de départ – beaucoup de conventions collectives de branche majorent les minima. Les entreprises à leur tour dépassent souvent les niveaux requis par la négociation de branche. En ce qui concerne la protection sociale volontaire gérée par un organisme assureur, les décisions de branche peuvent jouer sur celles des entreprises de différentes façons.

Une branche peut négocier un accord exigeant une certaine couverture, en précisant éventuellement les types de garanties, le niveau des prestations et le niveau des cotisations, tout en laissant aux entreprises le soin de choisir un organisme assureur et de négocier un contrat avec lui. Il arrive aussi que des négociateurs de branche négocient un contrat commun pour l'ensemble des entreprises auprès d'un organisme assureur. Si l'ensemble des entreprises adhèrent à un tel contrat, il s'agit alors d'un véritable régime commun de protection sociale, qui opère une mutualisation étendue à l'ensemble du secteur d'activité. L'extension par le ministère du travail d'un accord créant un régime de branche renforce un tel régime, car les entreprises n'auront pas le droit de quitter le dispositif commun. Sans l'extension, les entreprises qui peuvent négocier de meilleurs prix – notamment les plus grandes ou celles employant des salariés relativement jeunes – auront tendance à négocier des contrats à part, ce qui augmente le coût de la protection sociale pour les entreprises qui restent adhérentes du régime de branche.

La couverture de frais médicaux est plus décentralisée que la prévoyance. Il est très rare que les conventions collectives de branche traitent de ce volet de la protection sociale. Traditionnellement l'objet d'adhésions facultatives gérées par des mutuelles, cet élément de la protection sociale est plus souvent facultatif que d'autres garanties et, y compris au sein d'entreprises ou de groupes qui ont centralisé la prévoyance, la couverture de frais médicaux est couramment organisée au niveau des établissements.

Le fait que des acteurs privés impulsent la mise en place d'une protection sociale volontaire ne doit pas faire oublier le rôle que jouent les pouvoirs publics dans ces décisions. Par la réglementation, qui sera examinée dans la section III, l'Etat définit le cadre à l'intérieur duquel agissent les employeurs et les syndicats. En particulier, les règles concernant l'assiette de l'impôt et des cotisations versées aux régimes obligatoires jouent un rôle déterminant dans les choix des employeurs, des syndicats et des salariés. Elles influencent fortement l'arbitrage entre salaire direct et protection sociale, entre gestion interne et gestion externe, et également entre affiliation obligatoire et affiliation facultative. Actuellement, la fiscalité encourage la gestion externe et les dispositifs obligatoires, qui s'imposent à l'ensemble des salariés membres d'une catégorie donnée.

Les employeurs et les syndicats sont très conscients de ces facteurs. Ainsi trouve-t-on régulièrement dans les accords instaurant des garanties à adhésion obligatoire, des clauses évoquant la fiscalité comme justification de l'obligation. Nous citons un exemple, extrait d'un accord collectif d'entreprise instaurant une garantie pour les salariés,

« (...) dans le cadre d'un régime obligatoire, afin de les faire profiter des dispositions favorables de l'art. 83-2 du code général des impôts et de l'article D.242.1 du Code de la Sécurité Sociale qui permettent :

- *de déduire de l'assiette de l'impôt sur le revenu des personnes physiques les cotisations afférentes à un régime de prévoyance obligatoire*
- *d'être exonérés de cotisations sociales sur cet avantage. »*

Ce texte illustre à quel point les considérations fiscales sont présentes à l'esprit des acteurs lorsqu'ils prennent des décisions concernant la protection sociale volontaire.

II. L'EVALUATION STATISTIQUE

1. LA MESURE DU COMPLEMENTAIRE DANS SON ENSEMBLE

1.1. La protection sociale complémentaire dans la rémunération globale

Une source intéressante de renseignements est constituée par les enquêtes de l'INSEE sur le coût de la main-d'œuvre. Le but principal de cette enquête, qui a lieu normalement tous les quatre ans, est de mesurer l'évolution du coût de la main-d'œuvre, concept qui correspond plus ou moins à la rémunération globale des salariés.

Les notes explicatives publiées avec les résultats de l'enquête (INSEE, 1997, pp. 99-101) donnent les définitions suivantes des trois rubriques qui concernent le plus directement la protection sociale volontaire : indemnités, prévoyance complémentaire, autres dépenses sociales indirectes. (Le lecteur trouvera en annexe les définitions de l'ensemble des postes.)

La rubrique **indemnités** est composée des éléments suivants :

- indemnités journalières en cas de maladie, obligatoires et supplémentaires
- indemnités de chômage partiel à la charge de l'employeur (non remboursées par le FNE)
- indemnités de préretraite : pour motif économique, contre embauche, préretraite progressive
- indemnités de licenciement obligatoires et supplémentaires
- indemnités de départ à la retraite obligatoires et supplémentaires
- compléments sociaux directs : suppléments familiaux, primes de crèche ou de garde d'enfant, chèques-restaurant

Ceci correspond largement à la protection sociale gerée en interne. Ainsi, l'enquête permet d'étudier la part de ce volet de la protection sociale dans la rémunération globale. Cependant, la répartition entre indemnités et rémunération directe est mesurée de façon approximative par les entreprises et donc dans l'enquête ; elles ont tendance à sous-estimer les premières en les comptabilisant dans le salaire.

La rubrique **prévoyance complémentaire** comprend :

- assurances complémentaires
- compléments familiaux
- assurances contre le licenciement

Cette rubrique correspond plus ou moins à la protection sociale volontaire gerée en externe. Dans ce domaine, la qualité de l'information s'est améliorée récemment. Les enquêtes de 1988 et des années antérieures confondaient les cotisations versées aux régimes de prévoyance avec celles versées aux caisses de retraite complémentaire.

Les **autres dépenses sociales indirectes** sont :

- chèques-repas
- frais de cantines
- services sociaux

- **versements aux comités d'entreprise et d'établissement**

Cette rubrique comprend la partie de la protection sociale volontaire financée par les comités d'entreprise, confondue avec d'autres formes de dépenses sociales et avec l'ensemble des activités de ces comités.

Le tableau suivant montre la structure du coût de la main-d'œuvre pour l'année 1992. Les indemnités représentaient 1,5 % du coût de la main-d'œuvre, la prévoyance complémentaire 1,1 % et les autres dépenses sociales indirectes 0,6 %.

Structure du coût de la main-d'œuvre, 1992

COUT HORAIRE	123 F
rémunération directe	67,2%
avantages en nature	0,3%
intéressement participation	1,5%
indemnités	1,5%
TOTAL DU COUT DIRECT	70,4%
sécurité sociale	19,2%
assurance chômage	3,1%
retraites complémentaires	3,8%
prévoyance complémentaire	1,1%
autres dépenses sociales indirectes	0,6%
transport	0,4%
construction	0,2%
formation des salariés	1,1%
TOTAL DU COUT INDIRECT	29,6%
ENSEMBLE	100,0%

Source : INSEE 1997, tab. 9-1, p. 50

Globalement, cette enquête permet une étude assez fine des différences de coût de la main-d'œuvre selon la taille de l'établissement et le secteur d'activité. Cependant, son intérêt pour l'étude de la protection sociale est sérieusement limité par le fait que les cotisations salariales sont confondues dans la rémunération directe. Ainsi, elle ne permet pas d'estimer la part de la protection sociale – obligatoire ou volontaire – dans la rémunération globale.

1.2. Les limites des comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale laissent échapper une part importante de la protection sociale complémentaire volontaire. En effet, ces comptes satellites excluent de leur champ

tout ce qui est géré par des sociétés d'assurances. Ce choix semble peu cohérent avec d'autres choix opérés dans ces comptes car ils incluent les activités des institutions de prévoyance, ainsi que celles de la mutualité, qu'il s'agisse de dispositifs professionnels ou de garanties souscrites à titre individuel.

Les activités des institutions de prévoyance sont toutefois comptabilisées de manière assez approximative, à partir de l'exploitation des comptes de quelques unes des institutions les plus importantes et d'une estimation des activités des autres (DSS, n.d., p. 28). En revanche, la prise en compte des activités de la mutualité est beaucoup plus exacte, étant faite à partir d'un suivi presque exhaustif des comptes des mutuelles par le SESI et la direction de la Sécurité sociale.

Les informations sont classées par type de prestation (ou « risque ») et par type d'institution versant les prestations (appelé un peu étrangement « régime »). Les grandes lignes du classement par institution sont les suivantes. Les rubriques contenant des éléments de la protection sociale complémentaire volontaire du secteur privé sont indiquées en gras.

Nomenclature des comptes de la protection sociale

10000 régimes d'assurances sociales
11000 régimes généraux
11100 régime général de la sécurité sociale
11200 indemnisation du chômage
11300 fonds spéciaux
12000 régimes particuliers de salariés
12100 régimes directs
12201 régime des salariés agricoles
12300 autres régimes particuliers de salariés
12400 régimes complémentaires de salariés
13000 régimes de non salariés
13101 régimes des exploitants agricoles
13200 régimes des non salariés non agricoles
20000 régimes d'employeurs
30000 régimes des sociétés mutualistes
40000 régime d'intervention sociale des pouvoirs publics
50000 régimes d'intervention sociale des administrations privées

Source : SESI, 1995, pp. 12 & 120-122

Les « régimes d'employeurs » sont définis comme suit :

« Ce sont les régimes organisés par l'employeur sans que la législation en impose l'existence. C'est pourquoi les prestations qu'ils versent sont des prestations "extra-légales". Celles-ci sont liés au contrat de travail en raison de conventions collectives ou d'accords d'entreprise et versées directement par l'employeur : suppléments familiaux de traitement, compléments d'indemnités journalières et indemnités de licenciement. Ces régimes sont uniquement financés par des cotisations fictives. » (SESI, 1987, p. 13).

Cette définition pourrait faire penser qu'il s'agit de l'ensemble des indemnités, en plus de celles exigées par la législation, gérées en interne par les entreprises. Cependant, la liste des salariés concernés montre qu'il ne s'agit pratiquement que du secteur public : soit la fonction publique (militaires, Etat central et collectivités locales, PTT), soit d'autres groupes relevant du secteur public (Sécurité sociale, hôpitaux publics, charbonnages de France, EDF-GDF, SNCF, RATP). Sont ajoutés toutefois les secteurs de la banque et de l'assurance, ce qui fait entrer dans cette rubrique une petite part de ce que les entreprises du secteur privé versent directement à leurs salariés (SESI, 1995, p. 122).

Les « régimes » des sociétés mutualistes comprennent, nous l'avons dit, l'ensemble de l'activité de protection sociale de la mutualité.

La rubrique « régimes complémentaires de salariés » comprend à la fois des éléments obligatoires de la protection sociale et des éléments mis en place volontairement. Une note rédigée par la Direction de la Sécurité sociale contient une liste détaillée des éléments qui y sont inclus. Y figurent notamment les caisses de retraite complémentaire auxquelles l'affiliation est obligatoire : celles de l'ARRCO, de l'AGIRC et également l'IRCANTEC, la caisse des salariés non titulaires de la fonction publique. Les éléments qui relèvent de la protection sociale complémentaire volontaire sont : les caisses de retraite de branche ou de catégorie, les caisses de retraite d'entreprise, les institutions de prévoyance. Ces trois éléments sont sous estimés et comptabilisés de façon approximative : des estimations sont faites à partir des comptes de quelques caisses ou institutions (DSS, n.d.).

Nous avons mis en annexe deux tableaux d'ensemble des Comptes de la protection sociale, avec la répartition des prestations par type de couverture et par type de financeur pour l'année 1995. L'un montre les prestations en francs et l'autre en pourcentage de l'ensemble. Les financeurs les plus importants sont, d'une part, le régime général de la Sécurité sociale, qui versait 41 % de l'ensemble des prestations, et, d'autre part, les « autres régimes de sécurité sociale », avec 37 %. Cette seconde catégorie est une collection hétéroclite d'institutions disparates :

- les « fonds spéciaux » (numéro 11300 de la nomenclature)
- l'ensemble des « régimes particuliers de salariés », dont les régimes complémentaires obligatoires et volontaires (numéro 12000)
- les régimes des non salariés (numéro 13000).

Ce découpage ne permet pas d'analyser les distinctions qui nous importent : ni entre la protection sociale obligatoire ou volontaire, ni entre celle qui concerne les salariés du secteur public et celle qui concerne les salariés du secteur privé.

Les lacunes et les incohérences des Comptes de la protection sociale ont amené la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance à faire le constat suivant dans son premier rapport (CCMIP, 1993, pp. 21-22) :

« D'un point de vue statistique, les comptes de la protection sociale n'appréhendent pas l'ensemble de la protection complémentaire et ne distinguent pas celle qui relève d'une obligation légale de celle qui relève de la protection facultative, qu'elle soit d'origine individuelle ou conventionnelle. »

L'activité des institutions de prévoyance et des institutions de retraite complémentaires est intégrée dans les régimes complémentaires de salariés et, à ce titre, dans les régimes d'assurance sociale. L'activité des mutuelles est retracée ailleurs et couvre, de façon exacte, leur champ d'activité. Quant à l'activité de prévoyance et de retraite des sociétés d'assurances elle n'est pas décrite dans les comptes de la protection sociale. »

La lacune majeure est l'absence des prestations versées par les compagnies d'assurances. Par ailleurs, comme le signale la Commission, ces comptes ne permettent pas de distinguer entre la protection sociale obligatoire et la protection sociale mise en place volontairement. Enfin, *a fortiori*, ils ne permettent pas de distinguer, au sein de la protection sociale issue d'initiatives privées, entre celle qui relève de décisions individuelles et celle qui relève de décisions prises par les acteurs du domaine professionnel pour des groupes de salariés.

2. LE SUIVI STATISTIQUE DES ORGANISMES ASSUREURS

Les organismes assureurs de la protection sociale complémentaire volontaire ne font pas l'objet d'un suivi permettant d'obtenir une vision d'ensemble satisfaisante de leurs activités. Chacune des trois catégories d'organismes fait l'objet de réglementations particulières et de modalités de contrôle distinctes. La Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance résume la situation ainsi dans son premier rapport :

« De façon générale, il est difficile de présenter une description statistique satisfaisante de l'ensemble du domaine, dans la mesure où chaque segment institutionnel (mutuelles, institutions paritaires, assurances) a sa propre nomenclature. » (CCMIP, 1993, p. 22)

Toutefois, une certaine harmonisation semble en cours et celle-ci devrait améliorer la qualité des données.

2.1. Des données éclatées et incomplètes

L'essentiel de l'activité des mutuelles est suivi de manière systématique par le ministère chargé de la Sécurité sociale. Toutefois, les mutuelles regroupant moins de 3 500 adhérents ne sont pas contrôlées régulièrement : il est estimé qu'elles encaissent environ 4 % des cotisations versées à la mutualité dans son ensemble (CCMIP, 1993, p. 150). Depuis plusieurs années, elles sont soumises au contrôle d'une commission indépendante : la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance, instaurée par la

loi du 31 décembre 1989 sur la prévoyance. Leur plan comptable actuel a été établi dans le cadre du code de la mutualité de 1985.

Les institutions de prévoyance ne font pas l'objet d'un contrôle approfondi systématique, tout en étant sous la tutelle du ministère chargé de la Sécurité sociale. Elles n'ont pas encore de plan comptable commun. Un organisme fédérateur, le CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), regroupe la plupart des institutions, représentant quelque 95 % des cotisations encaissées par l'ensemble des institutions. Le CTIP produit des statistiques sur l'activité de ses adhérents. Les institutions de prévoyance sont soumises au contrôle de la même commission que les mutuelles, qui a commencé à produire des statistiques concernant leurs activités.

Cette commission est également chargée de suivre les institutions de retraite supplémentaire, c'est-à-dire des caisses affiliant les salariés de certaines professions et certaines entreprises (voir la section suivante sur le cadre juridique).

Les sociétés d'assurances sont soumises à la tutelle du ministère des Finances et leurs comptes sont suivis par la Commission de contrôle des assurances. Elles ont depuis longtemps un plan comptable détaillé et standardisé. La fédération patronale de la profession, la FFSA, publie régulièrement des statistiques sur les activités du secteur et une association d'entreprises membres de la FFSA actives dans l'assurance des personnes, le GAP (Groupement des assurances des personnes), publie des données. L'assurance des personnes est divisée en deux secteurs : l'assurance vie et la capitalisation, qui comprend des contrats de retraite et de financement d'indemnités de fin de carrière couvrant des groupes de salariés, et les assurances des dommages corporels, activité qui comprend le remboursement de frais médicaux et des garanties de prévoyance de groupes de salariés.

De par leur raison d'être, les institutions de prévoyance ne gèrent que la protection sociale de salariés. Toutefois, elles assurent également des personnes ayant été membres de groupes de salariés couverts (licenciés, retraités, invalides, chômeurs), à qui est offert la possibilité de souscrire une couverture de manière facultative, généralement pour les frais médicaux (CTIP, 1997, p. 11). Cette couverture facultative d'ex-salariés doit néanmoins être considérée comme relevant du domaine professionnel, car il s'agit d'une couverture collective et la cotisation doit être calculée sur la base du tarif appliqué aux salariés en activité. Les individus en bénéficient en tant qu'anciens membres d'un groupe de salariés, tout comme un retraite qui touche une pension au titre de son activité passée. Ainsi, on peut considérer que l'ensemble de l'activité de ces institutions relève de la protection sociale professionnelle.

Les mutuelles et les compagnies d'assurances sont actives dans le domaine professionnel et aussi dans la couverture hors emploi, aussi bien de groupes (associations, groupe d'emprunteurs, groupes scolaires) que d'individus. Les données concernant leurs activités ne distinguent généralement pas entre ce qui relève de groupes de salariés et les garanties souscrites sans lien avec l'emploi, par d'autres groupes ou par des individus. Les mutuelles ne distinguent pas entre les contrats couvrant un groupe de salariés et les contrats couvrant d'autres groupes ou les adhésions individuelles. Ainsi, une partie de l'activité des

mutuelles ne relève pas du domaine professionnel. Quant aux sociétés d'assurances, elles ne distinguent pas, dans leurs propres comptes, parmi les contrats d'assurance de groupe, entre ceux qui concernent des emprunteurs ou des associations et ceux qui concernent des groupes de salariés (FFSA, 1997, p. 8). Toutefois, dans son rapport sur l'année 1996, la FFSA donne, séparément du reste de l'activité assurance-vie dont font partie les contrats de retraite, le montant des cotisations collectées au titre de dispositifs de retraite de groupes de salariés (FFSA, 1997, p. 12). Avec le vote tout récent de la loi Thomas au moment de la parution de ce rapport, la profession de l'assurance anticipait une expansion proche de cette partie du marché de la protection sociale.

2.2. Vers une meilleure connaissance

Une première étape dans l'amélioration de la collecte de l'information sera constituée par l'application d'un plan comptable pour les institutions de prévoyance. Cela est exigé par la loi du 8 août 1994 et sera probablement mis en application vers 2000. Ce plan sera conçu de telle façon que les informations soient faciles à mettre en parallèle avec celles provenant des comptes des sociétés d'assurances. Le plan comptable des mutuelles rend plus difficile l'harmonisation des données.

La Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance et la Direction de la Sécurité sociale ont l'ambition d'arriver à opérer certaines distinctions au sein de la protection sociale complémentaire et à collecter certaines informations qui n'existent pas actuellement. D'une part, elles souhaitent obtenir des informations sur la population concernée : le nombre d'entreprises, le nombre de salariés. D'autre part, elles voudraient pouvoir opérer certaines distinctions dans le type de couverture : la distinction entre les contrats obligatoires et ceux à adhésion facultative ; entre les contrats collectifs et les contrats individuels ; entre les contrats collectifs couvrant des groupes de salariés et les contrats concernant d'autres groupes.

Toutefois, le fait que les missions de la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance se limitent aux organismes à but non lucratif et ne recouvrent pas les sociétés d'assurances veut dire qu'il est difficile pour elle d'obtenir plus qu'une vision tronquée de l'ensemble du marché de la protection sociale. En conclusion à son premier rapport, dans une section intitulée « *La nécessité d'un suivi statistique de l'ensemble de la protection facultative* », la Commission propose un suivi de l'ensemble (CCMIP, 1993, pp. 151-152) :

« Le suivi de l'évolution de la couverture complémentaire facultative (risques et personnes couvertes) n'entre pas directement dans les compétences de la Commission. Toutefois, cette information est importante car elle définit le cadre de son activité. Il s'agit en outre d'une information utile aux pouvoirs publics, au moment où l'on assiste à un certain plafonnement de la couverture obligatoire et à un développement de la protection complémentaire. Or force est de noter que tant pour les personnes que les risques couverts, le suivi statistique est particulièrement embryonnaire. »

Il serait donc souhaitable de développer et d'améliorer l'activité de suivi statistique de l'ensemble de la couverture social complémentaire facultative, qui pourrait faire l'objet d'une synthèse annuelle, analogue à celle qui existe, dans le cadre de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, pour les régimes obligatoires. »

Dans le domaine du financement des dépenses de santé, il y a eu déjà un effort particulier de mesure de l'intervention de l'ensemble des organismes qui gèrent la couverture complémentaire. Jusqu'à 1992, dans les Comptes nationaux de la santé, les activités des mutuelles faisaient l'objet d'une mesure à part, comme c'est toujours le cas dans les Comptes de la protection sociale. Alors que le reste de la protection sociale complémentaire – aussi bien les contrats passés avec des sociétés d'assurances qu'avec des institutions de prévoyance – était comptabilisé dans une rubrique « ménages » et confondu avec les dépenses engagées directement par les ménages. Depuis 1992, les Comptes distinguent les dépenses financées par les ménages de celles financées par une couverture complémentaire et, de plus, la couverture complémentaire est ventilée selon qu'il s'agit de mutuelles, de sociétés d'assurances ou d'institutions de prévoyance. Dans l'édition de 1994-1996, le SESI évoque cette amélioration et annonce son intention de poursuivre ce travail :

« La poursuite des travaux communs engagés depuis 1993 par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, le Centre Technique des Institutions de Prévoyance et le Sesi, permet désormais de présenter une ventilation entre les versements des assurances, des institutions de prévoyance et des ménages par grandes catégories de soins et de biens médicaux depuis 1992. (...) Il serait souhaitable que ces travaux sur la protection complémentaire maladie qui se sont traduits d'ores et déjà par un apport d'informations important, puissent se poursuivre, avec la participation de tous les partenaires concernés, dans le sens d'une ventilation des versements par type de contrats ou d'affiliation (obligatoires/facultatifs, individuels/collectifs). Il conviendra bien sûr de vérifier au préalable la faisabilité de l'opération. » (SESI, 1995, p. 82)

Toutefois, le SESI évoque les problèmes de mesure causés par la réassurance, qui rend difficile l'attribution des dépenses à tel ou tel type d'organisme.

3. LA MESURE DU MARCHE DE LA PROTECTION SOCIALE

3.1. Une évaluation de l'ensemble

Le tableau suivant montre ce que l'on peut considérer comme les trois grands segments du marché de la protection sociale complémentaire : l'assurance médicale, la prévoyance décès-invalidité-incapacité et la retraite. Les chiffres présentés ici proviennent du rapport annuel du GAP sur l'année 1996. Ce rapport fait une synthèse des données concernant les régimes obligatoires de base et complémentaires – provenant des Comptes nationaux de la santé, ainsi que de données produites par la CNAMTS –, complétées par des données produites par la FFSA et le GAP lui-même concernant les sociétés d'assurances, par le SESI concernant la mutualité et par le CTIP concernant les institutions de prévoyance:

Le marché de la protection sociale en 1995

prestations en milliards de francs

Couverture de dépenses médicales	
régimes obligatoires de sécurité sociale	603
couverture complémentaire	73
ensemble	676
% complémentaire	11 %
Prévoyance décès-invalidité-incapacité	
régimes obligatoires de sécurité sociale	87
couverture complémentaire	52
ensemble	138
% complémentaire	38 %
Retraite	
régimes de base	672
régimes complémentaires obligatoires	241
ensemble des régimes obligatoires	913
couverture professionnelle volontaire	n.d.
% complémentaire volontaire	moins de 2 %

Source : GAP 1997 : frais médicaux p. 46 ; prévoyance p. 48 ;
retraite pp. 40-41

Les chiffres concernant la retraite appellent quelques explications. Les organisations professionnelles des sociétés d'assurances (la FFSA, le GAP) ne publient pas les chiffres concernant les prestations versées par leurs membres au titre de dispositifs de retraite de salariés. Elles ne donnent que des informations concernant les primes encaissées. Cette pratique donne l'impression au lecteur inattentif que l'activité des sociétés pèse plus lourd dans le financement de la retraite qu'en réalité, étant donné que ces chiffres concernant les primes sont juxtaposés à des chiffres concernant les prestations versées par les dispositifs obligatoires (voir notamment GAP, 1997, pp. 40-41).

En 1996, les primes encaissées par les sociétés d'assurances au titre de la retraite de groupes de salariés étaient d'environ 14 milliards de francs, tandis que les institutions de prévoyance ont encaissé un peu moins de 1 milliard la même année. Quant à la mutualité, on ne dispose pas du chiffre avant 1994 et celui disponible pour 1994 concerne, non les cotisations mais les prestations versées : 1,6 milliards. En additionnant les trois on obtient le chiffre d'environ 17 milliards de francs. Les prestations versées sont certainement moindres

étant donné qu'il s'agit principalement de régimes fonctionnant en capitalisation qui ne sont pas arrivés à maturité. Nous avons donc retenu le fait que les prestations sont inférieurs à 17 milliards et, qu'en conséquence, la part du complémentaire volontaire dans l'ensemble des prestations de retraite est de moins de 2 % en 1995.

Ce que nous appelons « prévoyance » ici correspond en principe à toutes les prestations en espèces versées par les régimes de protection sociale obligatoires ou volontaires, à l'exclusion de pensions de retraite et d'indemnités de fin de carrière. Cependant, les différentes catégories d'organisme ne pratiquent pas forcément la même classification des différentes sortes de prestations. En particulier, les indemnités de fin de carrière sont classées dans la retraite par les sociétés d'assurances, pratique qui n'est pas forcément celle des autres organismes.

Au total, les prestations versées par le secteur marchand de la protection sociale complémentaire seraient équivalentes, sans la retraite, à 125 milliards de francs, et à entre 125 et 142 milliards avec la retraite. Les prestations versées par les régimes obligatoires pour les mêmes couvertures seraient de 1 362 milliards. Les frais médicaux représentent plus de la moitié du marché ; la prévoyance plus du tiers – au moins 37 % – et la retraite moins de 12 %.

Les chiffres cités plus haut concernant la couverture complémentaire de frais médicaux et des garanties de la prévoyance comprennent non seulement des contrats couvrant des groupes de salariés, mais également des contrats couvrant d'autres groupes, ainsi que des contrats souscrites à titre individuel. Le GAP, tout comme les sociétés d'assurances elles-mêmes, confond ces types de contrat. Dans le rapport du GAP, l'ensemble est qualifié de « protection sociale des ménages ». Ainsi, il faut interpréter les chiffres sur la couverture complémentaire comme des limites supérieures à ce qui relève de garanties professionnelles. En revanche, ils doivent refléter assez fidèlement l'importance d'un certain marché.

La retraite fait l'objet d'une analyse particulière de la part du GAP qui a opéré dans ce domaine la distinction entre retraites de salariés et des contrats souscrits par des individus, en dehors du cadre de l'emploi. Après avoir décrit les contrats de retraite de groupes de salariés, le GAP explique pourquoi les contrats individuels ne sont pas inclus dans la protection sociale, contrairement à la couverture de frais médicaux ou aux garanties relevant de la prévoyance :

« Les autres contrats d'épargne-assurance, souscrits principalement à titre individuel, peuvent aussi être utilisés en tant que préparation financière à la retraite. Ils offrent la possibilité de se constituer un complément de retraite. Il est difficile d'évaluer le montant des cotisations versées dans ce but, le choix pour la rente ne se faisant généralement qu'en fin de contrat. » (GAP, 1997, p. 39)

Selon ce texte, la justification de ce choix ne relèverait pas de la nature individuelle ou professionnelle des contrats, mais du fait que les contrats couvrant les salariés exigent la sortie sous forme de rente, tandis que l'épargne-retraite individuelle peut donner lieu à une sortie sous forme d'un capital. La forme de la prestation, et non le fait qu'il soit souscrit dans un cadre professionnel ou par des individus, déterminerait si le contrat relève de la

protection sociale ou pas. Pourtant, les sociétés d'assurances comptent les contrats au titre des indemnités de fin de carrière parmi ceux relevant de la protection sociale, alors que les prestations sont versées sous forme d'un capital.

3.2. L'évolution récente du marché

Le marché de la protection sociale tend à augmenter par rapport à la protection sociale obligatoire dans les domaines de la prévoyance et de la couverture de frais médicaux. En revanche, le marché de la retraite n'augmente pas. Aux dires même de la FFSA, le chiffre d'affaires des sociétés d'assurances dans la retraite de salariés du secteur privé stagne depuis plusieurs années, alors que le marché de l'assurance vie des particuliers se développe (FFSA, 1996, p. 12).

Sur la période 1991 à 1995, il y a eu une légère progression de la partie marchande de la couverture prévoyance : selon le GAP, sa part dans l'ensemble des prestations est passée de 36,3 % à 37,7 % (GAP, 1997, p. 48).

Pour analyser l'évolution de la prise en charge de frais médicaux, nous disposons de données concernant aussi bien la part des couvertures complémentaires que la part financée directement par les ménages. La part des dépenses médicales prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et par le budget de l'Etat et des collectivités locales est passée de 79,4 % en 1980 à 75,9 % en 1987 et 74,7 % en 1995 (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p. 88). Le financement manquant est partagé entre les ménages eux-mêmes et les assurances complémentaires. Nous disposons du partage entre les deux sources de financement à partir de 1993 :

Le financement privé des dépenses médicales

en % des dépenses totales

	1993	1994	1995	1996
ménages	14,6%	14,2%	13,9%	13,7%
couverture complémentaire	10,6%	11,4%	11,4%	11,8%
ensemble	25,2%	25,6%	25,3%	25,5%

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, p. 88

Au delà de la répartition du financement des soins, leur poids dans l'ensemble de l'économie augmente depuis de nombreuses années. Ainsi, les sommes consacrées à cette partie de la protection sociale tendent globalement à croître, aussi bien celles financées par les dispositifs obligatoires, que celles financées par les ménages, que celles qui passe par le marché de la protection sociale.

La part total prise en charge par un financement privé a peu bougé entre 1993 et 1996, mais son partage entre les ménages et la couverture complémentaire s'est modifié significativement. La part financée directement par les ménages a diminué et celle prise en charge par les couvertures complémentaires a augmenté.

L'enquête du CREDES sur la santé trouve que le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire est en hausse depuis longtemps. Parmi les assurés sociaux et leurs familles, la proportion de personnes ayant une couverture complémentaire a augmenté, entre 1983 et 1994, de 75 % à 83 % (CCMIP, 1993, p. 42). Une part indéterminée de cette couverture est due à des démarches individuelles de particuliers auprès d'organismes assureurs et une part est due à une couverture liée à l'emploi.

3.3. Le partage du marché

Ici, nous examinons le partage des trois segments du marché de la protection sociale entre les trois catégories d'organismes assureurs. Les mutuelles prédominent largement dans les frais médicaux, les sociétés d'assurances ayant perdu un peu de terrain et les institutions de prévoyance en ayant gagné un peu. La prévoyance est dominée par les sociétés d'assurances, même si elles ont perdu des parts de marché au profit des institutions de prévoyance ; les mutuelles sont présentes marginalement sur ce segment, sans que leur part diminue ou augmente. Les sociétés d'assurances occupent une position dominante sur le marché de la retraite supplémentaire, lui-même peu développé par rapport à la prévoyance ou la couverture de frais médicaux.

Les données sur la couverture de frais médicaux proviennent des Comptes de la santé. Celles concernant la prévoyance et la retraite proviennent du rapport du GAP.

Parts de marché des trois catégories d'organisme assureur

en % des prestations

Couverture de frais médicaux	1993	1994	1995	1996
mutuelles	59 %	60 %	61 %	59 %
institutions de prévoyance	12 %	13 %	13 %	14 %
sociétés d'assurances	28 %	27 %	26 %	26 %
ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

en % des prestations

Prévoyance	1991	1992	1993	1994	1995	1996 *
mutuelles	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
institutions de prévoyance	19 %	19 %	20 %	22 %	25 %	26 %
sociétés assurances	78 %	78 %	77 %	75 %	72 %	71 %
ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

en milliards de francs

Retraite	1992	1993	1994	1995
cotisations				
sociétés d'assurances	11,3	11,7	12,9	13,9
institutions de prévoyance	0,8	0,8	1,2	0,8
prestations				
mutuelles	1,5	1,7	1,6	n.d.

* Les chiffres sur la prévoyance en 1996 sont des estimations.

Sources :

couverture de frais médicaux : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997, p. 88
 prévoyance : GAP, 1997, p. 46

retraite : GAP, 1997, p. 41

Comme nous l'avons signalé plus haut, les données concernant la retraite ne sont pas harmonisées, aussi sont-elles présentées en francs et non en pourcentage.

Les institutions de prévoyance sont consacrées à la couverture collective de salariés. Les mutuelles et les sociétés d'assurances assurent aussi bien des individus – salariés et non salariés, actifs et inactifs – que des groupes de salariés. S'agissant des mutuelles, il n'est pas possible actuellement de connaître la part de leur activité qui relève de contrats de groupes de salariés et celle qui relève d'autres types de groupes ou de démarches individuelles.

Les sociétés d'assurances font une distinction entre les contrats de groupe et les contrats à adhésion individuelle. Cependant, les groupes ne sont pas forcément constitués par des

salariés : ils peuvent représenter notamment des emprunteurs ou des travailleurs indépendants. Le tableau suivant montre la classification qu'opère la FFSA selon qu'il s'agit de contrats à adhésion individuelle ou de contrats collectifs, dont ceux qui concernent des groupes de salariés. Les chiffres concernent les primes encaissées et non les prestations.

Sociétés d'assurances :
contrats individuels et collectifs en assurance des personnes, 1996

primes encaissées en milliards de francs *

contrats individuels - total	448,2
bons de capitalisation	27,8
assurance vie	389,3
assurance décès	8,5
indemnités hors décès	9,1
soins de santé	13,5
contrats collectifs - total	73,0
assurance vie	17,9
assurance décès	22,3
indemnités hors décès	18,6
soins de santé	14,2
ensemble	521,1

* primes hors réassurance et étranger

Source : GAP, 1997, pp. 16 & 72

La rubrique « collectif » comprend les contrats de groupes de salariés du secteur privé, mais pas seulement. Parmi le « collectif » en assurance vie sont recensés ici les contrats Madelin d'épargne-retraite pour les travailleurs indépendants (1,8 milliards), ainsi que des dispositifs facultatifs appelés « article L.441-1 » dans le rapport de la FFSA qui comprend notamment la Préfon, un fonds auxquels peuvent cotiser les fonctionnaires (2,0 milliards) (FFSA, 1997, p. 12). Parmi le collectif en assurance décès sont recensés les contrats couvrant les emprunteurs. Ainsi, il faut interpréter le chiffre du « collectif » comme une limite supérieure : l'activité concernant la protection sociale de salariés est moindre et celle concernant les salariés du secteur privé encore inférieure.

3.4. La situation des différentes catégories d'organisme assureur

Le CTIP classe par type de couverture les cotisations encaissées par ses adhérents. En 1995, ces cotisations étaient de 32 milliards de francs et elles représentaient plus de 95 % de l'activité de l'ensemble des institutions de prévoyance. En 1995, seulement 3 % de l'ensemble était consacré à la retraite : retraite en capitalisation ou indemnités de fin de

carrière. L'essentiel de l'activité se partageait entre la prévoyance avec 52 % des cotisations et l'assurance médicale avec 44 % (CTIP, 1997, p. 7).

Les parts de marché montrent une spécialisation des mutuelles dans la couverture de frais médicaux, alors qu'elles sont peu associées aux autres formes de protection sociale, même si elles sont présentes sur les marchés de la prévoyance et de la retraite. Le SESI recense l'activité des mutuelles comptant plus de 3500 adhérents et classe leurs prestations par type de couverture. Leurs prestations représentaient 46 milliards de francs en 1994, ce que le SESI estime à plus de 95 % de l'activité de l'ensemble des mutuelles. Sur ces prestations, 94 % était consacré au remboursement de frais médicaux (Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1997, p. 10). L'activité des caisses autonomes est recensée à part. Ces caisses assurent les risques vie et décès : assurance-vie et capitalisation, retraite, indemnités journalières dont la durée de versement dépasse un an, capital invalidité ou décès si le montant dépasse un certain montant, rentes d'invalidité ou de survivants. L'activité des caisses autonomes est mineure dans l'ensemble de l'activité des mutuelles avec seulement 4,7 milliards de francs de prestations en 1994 (*idem.*, p. 30).

Les sociétés d'assurances classent l'ensemble de leurs activités en deux grandes catégories : l'assurance de biens et responsabilité et l'assurance de personnes, dont la protection sociale complémentaire. Le premier secteur stagne depuis 1992, tandis que le second progresse. En 1992, l'assurance de personnes représentaient 70 % de l'activité totale des sociétés et en 1996 sa part était passé à 78 %.

Ensemble de l'activité des sociétés d'assurances, 1992 et 1996

prestations en milliards de francs *

	1992	1996
assurance de biens et responsabilité	163	186
assurances de personnes	375	651
total	538	837
% assurances de personnes	70 %	78 %

* prestations brutes (y compris dotations aux provisions)

Source : FFSA, 1997, p. 6

4. LA NEGOCIATION COLLECTIVE SUR LA PROTECTION SOCIALE

Le ministère du travail produit des informations concernant la négociation collective qui figurent notamment dans son bilan annuel de la négociation collective. Nous incluons ici quelques informations complémentaires tirées d'une étude en cours réalisée par l'IRES pour la FNMF sur la négociation collective concernant la prévoyance et la couverture de frais médicaux.

4.1. Les accords de branche

Dans son bilan annuel de la négociation collective, le ministère donne des informations sur les conventions collectives de branche. Les avenants nouveaux signés concernant la prévoyance font l'objet d'un recensement qui détaille les types de garanties, s'il s'agit d'une instauration d'un régime ou d'une modification d'un régime existant et les cas où une branche met en place une mutualisation de la couverture en désignant un organisme assureur pour l'ensemble de la branche (Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1996, tome I, pp. 151-155 ; 1997b, tome I, pp. 153-160). En 1995, trois branches ont procédé de la sorte au niveau national et en 1996 deux.

En ce qui concerne les dispositifs existants, le bilan annuel comporte une annexe où figurent toutes les conventions de branche comportant des clauses concernant la prévoyance au sens large : décès, invalidité, incapacité, frais médicaux et indemnités de fin de carrière. (Cette liste est toutefois limitée aux branches ayant demandé l'extension de l'accord en question). Ces branches étaient au nombre de 132 en 1995, sur 307 conventions collectives nationales (Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1996, tome II, annexe 2.3, p. 19). Cette liste montre les formes de couverture concernées avec la classification suivante : décès, incapacité, frais de santé; invalidité, indemnité de départ en retraite, et incapacité à la conduite (cette dernière étant une garantie qui concerne des chauffeurs salariés).

L'étude menée par l'IRES en 1997 a examiné l'ensemble des conventions collectives nationales de branche comportant des clauses concernant la couverture de frais médicaux et la prévoyance, sans prendre en compte les indemnités de fin de carrière. Les conventions pertinentes ont été identifiées à l'aide du bilan annuel de la négociation collective, complétées par des listes provenant du fichier des conventions collectives de la direction des relations du travail. Ont été identifiées 116 branches ayant des accords contraignants, c'est-à-dire des clauses qui exigent plus que le minimum obligatoire en matière de prévoyance.

Tous traitent de la prévoyance. Quelques uns traitent également de la couverture de frais médicaux, mais cette forme de garantie est beaucoup plus rarement traitée dans les accords de branche que les autres.

Les accords ont été classés selon les aspects de la prévoyance qu'ils spécifient. Certains précisent les prestations, en définissant non seulement les types de garanties mais aussi leur niveau. Certains spécifient la cotisation globale qui doit être versée pour chaque salarié couvert à l'organisme assureur. Certains nomment un ou plusieurs organismes assureurs (sans forcément exiger l'adhésion de toutes les entreprises à cet organisme). En combinant ces critères, une typologie des accords a été construite :

**Typologie des accords collectifs
concernant la protection sociale volontaire**

	prestations définies	cotisations définies	organisme nommé
1	x	x	x
2	x	x	o
3	x	o	x
4	x	o	o
5	o	x	x
6	o	x	o
7	o	o	x
8	o	o	o

Au total environ 50 branches sont dans la première catégorie, ce qui veut dire qu'elles opèrent – tout au moins potentiellement – une mutualisation de la couverture parmi les entreprises. Un travail d'analyse est en cours pour essayer d'identifier des traits communs à ces branches.

4.2 Les accords d'entreprise

Lorsque les accords d'entreprise sont déposés auprès des directions départementales du ministère du travail, ces directions répertorient les thèmes traités en remplissant une fiche établie par le ministère. Les données publiées par le ministère sont collectées à partir de ces fiches. Deux thèmes, les salaires et la durée du travail, sont traités de manière relativement approfondie, faisant l'objet de plusieurs questions particulières. En ce qui concerne les autres thèmes de négociation, les directions départementales ne font qu'indiquer si le thème a été traité dans chaque accord.

La rubrique qui concerne la protection sociale financée en externe est intitulée « épargne salariale et prévoyance ».

**Les accords d'entreprise sur « épargne salariale et prévoyance »,
1994 à 1996**

	1994	1995	1996
accords sur épargne salariale ou prévoyance	500	727	953
nombre total d'accords	7 450	8 615	9 274
% accords sur épargne salariale ou prévoyance	6,7 %	8,4 %	10,3 %

Source : Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1997b, tome I, p. 40

Ayant constaté une croissance marquée dans le nombre d'accords classés comme traitant de l'épargne salariale ou de la prévoyance, la DARES s'est préoccupée de mieux connaître leur contenu. En 1997, une demande a été transmise aux directions départementales de lui transmettre des copies des accords d'entreprise classés sous cette rubrique et signés en 1995 et 1996. Les accords transmis ont été dépouillés et classés par sous thèmes par l'IRES.

Sur 1 745 accords enregistrés au total au cours des deux années, 1 117 ont été transmis à la DARES par les Directions départementales, soit 64 % du nombre initial. Certains départements n'ont pas envoyé de textes alors qu'ils avaient déclaré en avoir qui traitaient du sujet. D'autres ont envoyé des textes en nombre inférieur au nombre déclaré. Après dépouillement, 101 des accords reçus n'ont pas été retenus par l'IRES en raison du fait qu'ils ne contenaient pas de clauses pertinentes ou, dans quelques cas, parce que le texte transmis n'était pas suffisamment complet pour en analyser le contenu. L'échantillon traité contient donc au total 1 016 accords d'entreprise, nombre suffisant pour donner une idée de la fréquence des différents sous thèmes.

La fréquence des thèmes traités dans l'échantillon est la suivante. Il arrive souvent qu'un seul accord traite de plusieurs thèmes, ainsi le total des pourcentages figurant dans la dernière colonne du tableau dépasse nettement 100 %. Le tableau est suivi d'une explication du contenu des différents thèmes.

**Accords d'entreprise sur « épargne salariale et prévoyance » :
thèmes traités**

Thèmes	nombre d'accords	% des accords
prévoyance	680	67%
• <i>instauration d'un régime</i>	92	
• <i>préretraites</i>	114	
• <i>temps partiel</i>	14	
• <i>autre modification d'un régime existant</i>	479	
retraite complémentaire	227	22%
• <i>préretraites</i>	131	
• <i>temps partiel</i>	17	
• <i>autre sujet</i>	79	
épargne salariale	220	22%
• <i>plan d'épargne d'entreprise</i>	146	
• <i>intéressement</i>	31	
• <i>participation</i>	9	
• <i>compte épargne temps</i>	45	
retraite supplémentaire	36	4%
préretraite progressive	12	1%
nombre d'accords traités	1 016	

Source : IRES

Les thèmes utilisés dans la classification des accords sur « épargne salariale et prévoyance »

prévoyance - Cette rubrique comprend aussi bien les assurances décès-invalidité-incapacité que la couverture complémentaire de frais médicaux. Parmi les 680 sur ce sujet, 92 instaurent un régime nouveau, mais la plupart – 588 – modifient un régime existant. Parmi ces derniers, 132 concernent l'adaptation d'un régime à des salariés passant en préretraite ou en temps partiel. Les accords concernant la préretraite sont liés à l'application l'accord interprofessionnel du 9 septembre 1995 sur ce sujet. Les entreprises ayant des régimes de prévoyance ont prévu les modalités de financement d'un maintien de cette couverture sociale complémentaire pendant la période de préretraite.

retraite complémentaire - La plupart des accords sur la retraite complémentaire – 148 sur les 227 – concernent, soit des salariés passant à un statut à temps partiel, soit la couverture de salariés partant en préretraite, suite là encore à une application de l'accord interprofessionnel du 9 septembre 1995. Les autres concernent des sujets divers : des augmentations de taux de cotisation, des modifications suite à une fusion ou absorption concernant des groupes de salariés affiliés à des caisses distinctes ou cotisant à des taux différents, l'élection de représentants au conseil d'administration d'une caisse,....

épargne salariale - Hormis les plans d'épargne d'entreprise, l'intéressement et la participation, nous avons inclus dans cette rubrique des accords instaurant des comptes épargne temps. Ces derniers ont fait l'objet d'une loi votée en 1995. Ils permettent aux salariés de choisir individuellement la rémunération d'une partie de leur temps de travail, soit sous forme de congés payés, soit sous forme d'un accroissement de leur épargne.

retraite supplémentaire - Cette rubrique concerne les dispositifs de retraite d'entreprise.

préretraite progressive - Les accords sur la préretraite progressive concernent entre autres thèmes le maintien de la couverture prévoyance et les modalités d'acquisition de points auprès des caisses de retraite complémentaire pendant la période de préretraite progressive.

Le sujet de loin le plus fréquent, traité par les deux tiers des accords analysés, est la prévoyance ou la couverture des frais médicaux. Viennent ensuite la retraite complémentaire et l'épargne, traitées chacun par 22 % des accords. La retraite supplémentaire ne figure comme thème que dans 4 % des accords et la protection sociale lors d'une préretraite progressive dans 1 %.

En supposant que les différents thèmes se retrouvaient avec la même fréquence parmi les 1 745 accords enregistrés comme traitant de « épargne salariale et prévoyance » en 1995 et 1996, alors la prévoyance aurait été traitée dans environ 7 % de l'ensemble des 16 812 accords d'entreprise signés en France pendant ces deux années, loin devant la retraite complémentaire ou l'épargne salariale, traitées chacune dans un peu plus de 2 % des accords.

Une proportion importante des accords étudiés – plus de 20 % de l'échantillon – sont liés à la gestion de la durée du travail. Le tableau suivant classe ces accords par sous thème.

**Accords d'entreprise sur « épargne salariale et prévoyance »
liés à la durée du travail**

Thèmes	nombre	% du total
préretraite	158	16%
• <i>retraite complémentaire</i>	131	
• <i>prévoyance</i>	114	
• <i>préretraite progressive</i>	12	
temps partiel	19	2%
• <i>retraite complémentaire</i>	17	
• <i>prévoyance</i>	14	
compte épargne temps	45	4%
nombre d'accords traités	1016	

Source : IRES

Ces accords illustrent à quel point la protection sociale est liée à la gestion du personnel. Souvent conçue au départ pour les seuls salariés travaillant à temps plein, la protection sociale volontaire doit être adaptée dès lors que l'on modifie la durée du travail. La cessation précoce de l'activité requiert également des modifications dans la couverture sociale, notamment afin de la maintenir ou d'assurer aux préretraités des pensions équivalentes à celles qu'ils auraient en travaillant jusqu'à l'âge de la retraite.

La couverture complémentaire prévoyance et frais médicaux occupe une place importante et croissante dans la négociation collective d'entreprise. La plupart des accords signés à ce sujet concernent des ajustements de dispositifs existants, souvent suite à un déséquilibre dans leur financement. Un accord qui spécifie à la fois le niveau des cotisations et le niveau des prestations, ce qui est souvent le cas, doit être revu dès lors que le dispositif dégage un excédent ou enregistre un déficit.

III. LE CADRE JURIDIQUE

Les dispositions juridiques applicables à la couverture complémentaire ne forment pas un ensemble uniifié, elles renvoient au contraire à des sources très diverses : droit de la Sécurité sociale, droit du travail, statuts et règlements des institutions de retraite complémentaire, droit des assurances, droit de la mutualité, droit fiscal, droit civil, droit des sociétés... En revanche, le contentieux a été jusque-là très réduit et il ne s'est pas constitué un droit jurisprudentiel important. La situation s'est cependant sensiblement clarifiée en 1994 avec la création, dans le code de la sécurité sociale, d'un nouveau livre, le livre IX, entièrement consacré à la protection sociale complémentaire des salariés. Avant d'aborder ce texte, qui est l'aboutissement d'un processus de mise en ordre juridique et constitue un tournant important, on présentera brièvement le débat qui oppose depuis plusieurs années les juristes français sur la question de savoir si la couverture complémentaire doit être traitée à travers une extension du droit du travail ou si elle doit relever d'un droit spécifique, celui des accords de protection sociale. On fera ensuite l'état actuel des lieux en ce qui concerne la mise en oeuvre de la couverture complémentaire.

1. EXTENSION DU DROIT DU TRAVAIL OU DROIT DES ACCORDS DE PROTECTION SOCIALE ?

Historiquement, la création de la couverture retraite complémentaire a largement fait appel aux techniques de la négociation collective issues du code du travail. L'obligation légale d'affiliation à un régime complémentaire est ainsi mise en oeuvre dans un cadre strictement conventionnel : celui des régimes ARRCO et AGIRC (respectivement, Association des régimes de retraites complémentaires et Association générale des institutions de retraite des cadres). Le législateur (loi de généralisation de la retraite complémentaire du 29 décembre 1972) n'a fait qu'élargir l'obligation d'affiliation aux salariés non couverts par les accords collectifs nationaux interprofessionnels (voir Langlois, 1992). Le code de la Sécurité sociale renvoie maintenant explicitement, pour les accords collectifs de protection sociale, aux dispositions du code du travail en matière de « conventions et accords collectifs de travail ».

Dans l'approche juridique de la protection sociale complémentaire, deux thèses sont en présence. L'une défend l'idée que le droit du travail doit s'étendre, sous réserve de certaines adaptations, à la couverture complémentaire dans son ensemble (voir Langlois, 1994). Dans cette optique, la protection sociale peut être qualifiée de rémunération « indirecte » ou bien salaire « indirect ». Ou encore, les pensions d'invalidité ou de retraite peuvent être qualifiées de rémunération « différée » ou salaire « différé ». L'autre thèse considère au contraire que les dispositions conçues pour régir les accords collectifs de travail sont inaptes à résoudre les problèmes soulevés par les dispositifs complémentaires de protection sociale. Ses partisans cherchent à élaborer un droit des accords de protection sociale ou « accords de solidarité » (voir Barthélémy, 1991 et Dupeyroux, 1990 et 1994). Ils s'appuient sur la notion de régime qu'ils distinguent de celle de garantie sociale. La garantie sociale est la prestation directement assurée par l'employeur, quel que soit le mode de financement choisi ; dans ce cas, la prestation constitue un avantage salarial, une

composante de la rémunération, et s'inscrit dans la logique des accords collectifs de travail. Le régime renvoie à une tout autre logique. Il met en oeuvre une solidarité entre les membres d'un groupe déterminé. L'avantage n'est plus là la prestation versée, mais le fait de participer à un mécanisme de redistribution axé sur un principe de solidarité.

La thèse de la spécificité des accords collectifs de protection sociale permet notamment de justifier que de tels accords désignent, lors de la création d'un régime, l'institution à laquelle les cotisations doivent obligatoirement être versées. La notion de solidarité implique en effet la constitution d'un « pot commun » qui est exclu du jeu de la libre concurrence. Cette optique a finalement été adoptée par la Cour de cassation et par le législateur qui a confirmé la validité de la désignation d'organismes assureurs dans un accord collectif. Toutefois, le choix de l'organisme doit être revu périodiquement. En effet, il s'agit d'éviter que l'organisme assureur ne se transforme en une sorte de troisième « partenaire social » qui serait un négociateur permanent sur la protection sociale complémentaire quasiment au même titre que les organisations syndicales et patronales.

Le salaire « différé » pose des problèmes particuliers, par rapport au salaire « immédiat » parce que la période de son versement peut dépasser la durée du contrat de travail. La période de versement peut également dépasser la durée du contrat avec un organisme assureur ou l'existence même d'une entreprise qui finance la protection sociale. Jusqu'à la loi du 31 décembre 1989 sur la prévoyance, dite loi Evin, la décision de poursuivre ou pas le paiement de pensions ou de rentes était laissée aux acteurs mettant en place les garanties. La loi a tranché en ce qui concerne l'invalidité et le décès en requérant le maintien des rentes au moins au niveau atteint lors de la disparition du régime, c'est-à-dire sans revalorisation. En ce faisant, la législation a imposé le préfinancement de ces prestations aux acteurs responsables de la mise en oeuvre de la prévoyance : organismes assureurs, employeurs et syndicats. Auparavant, ces prestations pouvaient être financées en répartition ; désormais, elles doivent faire l'objet d'un financement en capitalisation. En matière de retraite supplémentaire, la question de la pérennité de l'engagement n'est pas encore tranchée, comme nous le verrons plus loin dans la section sur les retraites supplémentaires.

L'adoption de la thèse de la prestation comme rémunération - indirecte ou différée - peut avoir des conséquences également sur les prestations des régimes de retraite complémentaires. Elle ouvre en effet la possibilité aux partenaires sociaux de maîtriser et donc de réviser, par la négociation collective, le niveau de celles-ci au même titre que celui des salaires. La liquidation des droits fait naître un droit intangible à la pension, mais son montant peut être affecté par la révision de l'accord. Cette extension de la logique du droit du travail aux accords de protection sociale est contestée par les tenants de la thèse de la spécificité.

Le législateur ne tranche pas sur le fond. Cependant, pour qualifier l'ensemble de la couverture complémentaire des salariés - retraite et prévoyance - il parle de « garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit » ; la notion de « régime » est, quant à elle, incluse dans cette catégorie, mais réservée aux seuls grands régimes complémentaires obligatoires (*cf.* loi du 8 août 1994). Par ailleurs, le nouveau

livre IX du code de la sécurité sociale, qui traite des « dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire », fait largement appel aux règles du droit du travail ; ce qui va dans le sens de la thèse de la non-spécificité des accords de protection sociale.

Ce débat, présenté ici très rapidement, illustre bien la complexité des accords collectifs ayant trait à la protection sociale. La situation est d'ailleurs d'autant plus intriquée dans le cadre français que des accords entre employeurs et représentants des salariés ont en définitive conduit à la création de régimes complémentaires à couverture nationale et généralisée, en quelque sorte des quasi-régimes de base bis.

2. CLARIFICATION ET MISE EN ORDRE JURIDIQUES

Le domaine de la protection sociale complémentaire a donné lieu en France au cours des douze dernières années à un effort important de clarification et de mise en ordre du point de vue juridique. Cet effort a démarré en 1985 avec la rédaction d'un rapport administratif, le rapport du groupe de travail interministériel présidé par M. Gisserot. Ce rapport, non publié⁴, faisait le bilan des incertitudes du droit en matière de protection complémentaire des salariés. Ses principales propositions ont par la suite été reprises par le législateur et il a notamment inspiré une loi spécifique sur la protection sociale complémentaire, la loi du 31 décembre 1989 « renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ».

Le processus de construction européenne a également joué un rôle dans la clarification juridique qu'a connue la protection sociale complémentaire. La perspective du marché unique a conduit, en 1989, à la constitution d'un groupe de travail sur le thème de la couverture complémentaire dans le cadre communautaire. Ce groupe associait des partenaires sociaux, des représentants du système de protection sociale complémentaire, des personnalités qualifiées et des représentants des administrations compétentes. Il a produit un rapport qualifié de *Rapport Même*, du nom du président du groupe (ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Protection sociale, 1989). Ce rapport a donné lieu à une mise à plat et à une réflexion globale sur les questions soulevées par la construction européenne en matière de couverture complémentaire. Le travail qui a abouti à la rédaction du rapport a marqué la prise de conscience en France par les différents acteurs du fait qu'il n'était plus possible de rester en marge des règles communautaires et qu'il était dorénavant impératif d'aborder la situation nationale dans le cadre d'une perspective européenne. Il était nécessaire d'asseoir le statut des régimes de retraites complémentaires obligatoires dans le contexte de la réglementation européenne. Ce travail a également été l'occasion de mettre en évidence les lacunes de la législation française en matière de protection sociale complémentaire.

4. Une analyse en a toutefois été présentée par ses deux rapporteurs, voir Silland et Bucheton, 1986.

2.1. Les retraites complémentaires dans le contexte européen

Une des grandes originalités de la protection sociale complémentaire en France tient aux caractéristiques des régimes de retraite obligatoires ARRCO et AGIRC. Cette originalité ne doit toutefois pas être surestimée. Il existe ainsi également en Suède et en Finlande des régimes de retraite complémentaire nationaux interprofessionnels (voir Overbye, 1994) et les régimes de retraite de branche, largement développés aux Pays-Bas, présentent de fortes similarités avec les régimes ARRCO et AGIRC, notamment en ce qui concerne le caractère paritaire de leur gestion et le mode d'extension de la validité des accords conclus entre représentants des employeurs et des salariés (voir Lutjens, 1994). Il n'en demeure pas moins que les régimes complémentaires obligatoires français sont aujourd'hui confrontés à diverses menaces du fait de leur mode de régulation intermédiaire entre la régulation étatique et la régulation par le marché.

D'une part, le monopole des institutions de retraite complémentaire pourrait être contesté auprès de la Cour de justice des communautés européennes. Les régimes néerlandais, par exemple, ont actuellement à faire face à ce type d'action initiée par des compagnies d'assurance désireuses de faire de la retraite professionnelle un marché concurrentiel (voir Wierink. 1997). La difficulté, du point de vue du droit communautaire, est de savoir si les régimes complémentaires obligatoires français relèvent du champ de la coordination propre aux régimes de sécurité sociale ou de celui de la libre prestation de services. Le règlement communautaire n° 1408/71 prévoit explicitement que le domaine de la sécurité sociale englobe aussi bien les dispositifs légaux de sécurité sociale que les dispositifs conventionnels qui mettent en oeuvre une obligation d'assurance résultant de la loi ou de règlements. La décision dépend d'une simple déclaration de la part des Etats membres. L'UNEDIC relève ainsi du champ d'application du règlement 1408/71.

Les partenaires sociaux se sont jusque-là opposés à ce que la même démarche soit opérée en ce qui concerne les régimes ARRCO et AGIRC dont ils sont gestionnaires. L'objectif poursuivi est de préserver leur autonomie de gestion vis-à-vis des pouvoirs publics. Il n'est cependant pas sûr qu'ils puissent longtemps maintenir une telle position. Le processus de construction européenne laisse de fait peu de place à une conception de la régulation non réductible à l'alternative Etat-marché et, dans le cas des institutions ARRCO et AGIRC, la pérennité des engagements pris impose que celles-ci aient le monopole de la retraite complémentaire obligatoire sur le territoire français.

Parallèlement aux menaces que font peser sur leur monopole les dispositions relatives à la libre prestation de services, les régimes ARRCO et l'AGIRC sont également confrontés aux conséquences que pourrait avoir le principe de la libre circulation des personnes. La possibilité d'affiliations transfrontalières, consécutives à la mobilité intra-communautaire des travailleurs, représente en effet pour eux un danger non négligeable.

Ces régimes fonctionnent selon le principe de territorialité (application de la couverture sociale du lieu de travail) et non selon celui de la nationalité (maintien de la couverture du pays d'origine). Cela découle de leur nature conventionnelle, mais il s'agit aussi, et surtout, d'un impératif technique lié à leur mode de financement. La pérennité des engagements de

régimes de retraite financés en répartition dépend du renouvellement de la population couverte (voir Reynaud, 1994b) ; ce renouvellement est actuellement assuré pour les régimes ARRCO et AGIRC par le double principe de territorialité et d'obligation d'affiliation. En remettant en cause le principe de territorialité, les affiliations transfrontalières touchent ainsi à une des bases sur lesquelles est fondée la pérennité des régimes complémentaires obligatoires français.

Les régimes ARRCO et AGIRC sont, vis-à-vis de la logique communautaire, face à un paradoxe. Ils n'entraînent en aucune manière la mobilité à l'intérieur de l'Union européenne, dans la mesure où ils n'occasionnent, contrairement à la plupart des régimes de retraite complémentaire, aucune perte de droits lors du passage d'une entreprise à l'autre (qu'il y ait ou non franchissement de frontière). Cependant, ils ne peuvent fonctionner que selon des principes strictement liés au territoire national. Et, indépendamment même des initiatives que la Commission européenne serait susceptible de prendre en matière d'affiliations transfrontalières, ils sont aujourd'hui confrontés à la logique d'acteurs désirant faire prévaloir le principe de nationalité sur celui de territorialité. A la suite de pressions opérées dans ce sens, les salariés allemands et britanniques travaillant à Toulouse dans le cadre du programme Airbus ont ainsi été autorisés à conserver indéfiniment leur régime de retraite complémentaire d'origine. Les régimes ARRCO et AGIRC pratiquent, eux-mêmes, des extensions territoriales qui permettent aux salariés français détachés ou expatriés de maintenir leur affiliation. Dans l'ensemble, actuellement, le nombre de personnes concernées n'est pas tel que la pérennité des régimes soit réellement menacée par ce biais, mais il n'en demeure pas moins que des brèches ont déjà été opérées dans le principe de territorialité et que le maintien de celui-ci, dans le cadre du processus de construction européenne, ne peut que poser problème.

D'une manière générale, l'ensemble composé du régime de base d'assurance vieillesse et des régimes complémentaires ARRCO et AGIRC forme un tout en France. Ces trois régimes constituent la couverture retraite obligatoire des salariés. Quelles que soient les différences qui les caractérisent du point de vue de leur origine et de leur mode de gestion, ils s'inscrivent tous dans la même logique de sécurité sociale à caractère national. Un rapprochement à terme entre, d'une part, les régimes ARRCO et AGIRC et, d'autre part, le régime de base de la Sécurité sociale est tout à fait envisageable ; les évolutions en cours, notamment dans le cadre de la construction européenne, pèsent en tout cas dans ce sens. Dans une telle hypothèse, on peut, comme Philippe Laigre (1995a, p. 313), se demander si le rapprochement se fera par une « légalisation » des régimes complémentaires ou une « délégalisation » du régime de base. En définitive, la question fondamentale qui est en jeu est celle de l'autonomie de la sphère de régulation paritaire dans le domaine de la retraite obligatoire.

2.2. Mise en ordre de la protection complémentaire volontaire

A l'intérieur du cadre national, les grands régimes complémentaires ARRCO et AGIRC ont élaboré un droit propre important et minutieux qui, étant donné le rôle prépondérant de ces régimes, constitue une source juridique majeure en matière de retraite complémentaire. Ce

droit s'est constitué à partir des accords collectifs conclus au plan interprofessionnel entre les partenaires sociaux (convention collective du 14 mars 1947 pour l'AGIRC et accord du 8 décembre 1961 pour l'ARRCO). Par la suite, il a été en grande partie produit par des décisions prises par des commissions paritaires instituées pour interpréter et mettre en application les accords signés au niveau national. Chaque grand régime a progressivement conçu une réglementation interne très précise qui, en cas de litiges non couverts par des dispositions légales, tend à représenter une référence sur laquelle s'appuie la jurisprudence.

Les institutions régissant les autres formes de protection sociale complémentaire sont plus éclatées et il y régnait un certain désordre juridique quant aux rôles et statuts des différents acteurs intervenant dans ce domaine. Le premier pas important de la mise en ordre juridique de la protection sociale complémentaire a été opéré par la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin. Celle-ci s'applique à la prévoyance. Son objectif prioritaire était de renforcer les garanties offertes aux personnes assurées et d'organiser le marché de la prévoyance (pour une analyse détaillée de cette loi, voir Laigre, 1990). Mais elle avait également pour ambition, dans la mise en place ou la modification des régimes collectifs de prévoyance, de privilégier la négociation collective sur la décision unilatérale de l'employeur (voir Barthélémy, 1990). La clarification déterminante a ensuite été réalisée par la loi du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et portant transposition des directives européennes n° 92/49 et n° 92/96 des 18 juin 1992 et 10 novembre 1992 du Conseil des Communautés européennes.

Cette seconde loi, qualifiée parfois de loi Veil, traduit le rôle croissant de la protection sociale complémentaire des salariés. Elle crée, dans le code de la Sécurité sociale, un nouveau livre, le livre IX, entièrement consacrée à celle-ci. Ce livre IX définit un ensemble de règles s'imposant à toutes les formes de garanties complémentaires de nature collective. Sont concernées la couverture retraite, mais aussi les primes et indemnités de départ en retraite ou de fin de carrière, ainsi que ce qui relève de la notion de « prévoyance », c'est-à-dire la couverture de risques tels que le décès, la maladie, la maternité, l'incapacité de travail, l'invalidité, le chômage... (le législateur fournit une liste indicative, sans limitation des types de risques susceptibles d'être couverts).

La loi du 8 août 1994 avait pour premier objectif de transposer en droit interne, pour les institutions de prévoyance, les troisièmes directives assurance. Ce qui illustre bien l'importance prise, en matière de protection sociale, par le droit communautaire et par le processus de construction européenne dans son ensemble. Mais, au-delà de cet objectif initial, elle a également donné l'occasion, d'une part, de clarifier le statut juridique de la couverture complémentaire et de renforcer les droits des salariés et des bénéficiaires et, d'autre part, de parachever la spécialisation des institutions à gestion paritaire. En outre, le législateur a transposé dans le code de la Sécurité sociale les dispositions des directives 77/187/CEE et 80/987/CEE visant à protéger les droits des travailleurs en cas de transfert d'entreprise ou d'insolvabilité de l'employeur (respectivement art. 3.3 et art. 8).

La création du livre IX du code de la Sécurité sociale a grandement clarifié la situation, en particulier sur trois points : les conditions de mise en place de la couverture

complémentaire, le type d'institutions susceptibles d'intervenir et les modalités de contrôle. On va voir que d'autres sources juridiques interviennent également et peuvent même être déterminantes, c'est notamment le cas du droit fiscal.

3. MISE EN OEUVRE DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

D'une manière générale, la couverture complémentaire peut relever d'un cadre collectif ou être accordée à titre individuel. Cette seconde modalité joue un rôle marginal et ne concerne généralement que des salariés percevant des salaires élevés, voire les seuls cadres supérieurs. Il s'agit surtout de contrats d'assurance vie souscrits au profit d'un cadre dirigeant ou du patron lui-même. Ce type de contrat accordé individuellement aux salariés s'incorpore au contrat de travail comme tout autre élément de la rémunération. Du point de vue fiscal, ces contrats sont traités de la même façon que des contrats d'assurance souscrits à titre personnel par le salarié à partir de ses propres revenus. Du fait de leur caractère individuel et facultatif, ils ne relèvent pas de la notion de régime de retraite définie par le code général des impôts pour ouvrir droit à la déductibilité des cotisations versées du revenu imposable.

Dans le cadre collectif, deux grandes modalités sont à distinguer : la couverture collective obligatoire, c'est-à-dire qui relève d'une obligation légale d'affiliation, et la couverture collective volontaire, c'est-à-dire volontairement mise en place, soit par la négociation collective, soit par une décision unilatérale de l'employeur. En matière de retraite, la couverture collective obligatoire a un poids prépondérant. En ce qui concerne la prévoyance, c'est la couverture collective volontaire qui prédomine.

3.1. Fondements et sources juridiques de la couverture complémentaire

D'une manière générale, la couverture complémentaire collective peut être mise en place et déterminée selon trois modalités :

- . par voie de convention ou d'accord collectif, qui peuvent être conclus dans les différents cadres possibles de négociation, sans restriction : interprofessionnel, branche professionnelle, entreprise, établissement, groupe d'établissements, groupe d'entreprises ;
- . par référendum, c'est-à-dire par la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, dans le cadre de l'entreprise ou de l'établissement ;
- . par décision unilatérale du chef d'entreprise qui doit obligatoirement être matérialisée par un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Le recours à l'accord collectif ou au référendum est nécessaire pour fonder le caractère obligatoire de la couverture sans avoir à recueillir le consentement individuel de chaque salarié⁵.

5. Deux régimes de retraite complémentaires constituent une exception à la règle générale : ils renvoient à des dispositions légales et réglementaires.. Il s'agit du régime des agents non

Les contrats d'assurance vie accordés individuellement aux salariés s'incorporent au contrat de travail comme tous les autres éléments de rémunération. Du point de vue fiscale, ces contrats sont traités de la même façon que des contrats d'assurance souscrits à titre personnel. Du fait de leur caractère individuel et facultatif, ils ne relèvent pas de la notion de régime de retraite définie par le code général des impôts pour ouvrir droit à la déductibilité des cotisations versées du revenu imposable.

Le droit fiscal joue par ailleurs un rôle majeur en matière de protection sociale complémentaire volontaire. L'organisation de celle-ci est en effet fortement marquée par les dispositions relatives aux exonérations fiscales. Celles-ci interviennent de manière multiforme à travers la fiscalité du salarié et celle de l'entreprise. D'une manière générale, le droit fiscal favorise la mise en place de dispositifs collectifs et obligatoires. Il n'offre en revanche aucune incitation pour les avantages accordés à titre individuel ou pour les dispositifs collectifs à adhésion facultative.

Du point de vue de la fiscalité du salarié, le code général des impôts et la doctrine imposent des conditions très strictes pour accorder la déduction des cotisations du revenu imposable. Il doit notamment s'agir d'un dispositif collectif auquel le salarié est obligatoirement affilié (ce qui exclut les contrats individuels et les dispositifs collectifs à adhésion facultative). Il doit en outre satisfaire aux conditions suivantes : s'appliquer à la totalité du personnel appartenant à une catégorie donnée, comporter une participation de l'employeur (qui peut représenter la totalité des versements), fixer un taux de cotisation uniforme pour tous les salariés appartenant à une même catégorie.

Les exonérations, prévues par l'article 83-2° du code des impôts, sont plafonnées. Il existe deux limites. La première concerne les seules cotisations versées aux régimes de prévoyance. Elles sont déductibles dans la limite de 3 % de huit fois le plafond de la Sécurité sociale (soit 24 % du plafond au total). La seconde limite concerne l'ensemble des cotisations de prévoyance et des cotisations de retraite : de base, complémentaire et supplémentaire. Il est fixé à 19 % de huit fois le plafond de la Sécurité sociale (soit 152 % du plafond). Ces niveaux sont élevés par rapport à la plupart des salaires et ne concernent de fait que les cadres supérieurs et les dirigeants.

Au delà de certaines limites, les cotisations patronales de protection sociale complémentaire sont intégrées dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale. Là encore, la limite est double. Les cotisations au seul titre de la prévoyance sont exemptées en dessous de 19 % du plafond de la Sécurité sociale. Celles versées au titre de la prévoyance et de la retraite complémentaire, prises ensemble, sont exemptées en dessous de 85 % du plafond.

Sous certaines conditions, les sociétés d'assurances sont sujettes à une taxe - à un taux de 7 % en 1997 - sur leurs activités en matière de prévoyance, tandis que les institutions

titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC) et de celui du personnel navigant de l'aéronautique civile (CRPNPAC).

de prévoyance et les mutuelles ne sont pas taxées. Cette taxe concerne seulement les dispositifs dont plus de 20 % des cotisations sont consacrées à la couverture de frais médicaux. Cette réglementation semble destinée à décourager sélectivement la gestion de cette garantie par les sociétés d'assurance.

Depuis 1996, les cotisations patronales versées pour une couverture sociale complémentaire, ainsi que les sommes versées par un comité d'entreprise à ce titre, sont sujettes à une taxe de 6 %, portée début 1998 à 8 %.

Du point de vue de la fiscalité de l'entreprise, la déductibilité des sommes versées (cotisations à un organisme assureur ou prestations directement payées par l'entreprise) est subordonnée au respect de certaines conditions. Le dispositif ne doit pas porter les revenus de remplacement à un niveau excessif par rapport aux salaires. Il doit correspondre à un engagement juridique souscrit par l'employeur, engagement qui doit avoir un caractère général et impersonnel, c'est-à-dire concerner l'ensemble du personnel ou une ou plusieurs catégories déterminées.

L'entreprise peut également verser directement des prestations sociales complémentaires, sans avoir recours à un organisme extérieur. Dans ce cas, elle est sujette à des obligations particulières pour deux formes de prestations : la retraite et les indemnités ou primes de fin de carrière. Elle est tenue de faire figurer les engagements qu'elle prend à ce titre dans l'annexe du bilan (cf. code du commerce) : elle a le choix de constituer ou non une provision comptable correspondant aux dits engagements. Le droit fiscal prévoit par ailleurs expressément que les provisions constituées pour faire face aux engagements de retraite ne sont pas déductibles du bénéfice imposable.

3.2. Organismes gestionnaires, acteurs et procédures de contrôle

Trois grandes catégories d'organismes assureurs peuvent mettre en oeuvre une couverture complémentaire volontaire en matière de retraite ou de prévoyance : les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles. A la différence des sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles sont par définition des organismes à but non lucratif. Les premières sont à gestion paritaire, c'est-à-dire que les employeurs et les salariés et bénéficiaires directs sont représentés de façon strictement égale dans leurs organes dirigeants. Les mutuelles sont fondées sur le principe « une personne, une voix » et sont gérées par leurs adhérents, qui élisent les responsables.

Ces trois catégories d'organismes sont prises en compte par des droits différents. Les institutions de prévoyance sont sujets au droit de la sécurité sociale ; les sociétés d'assurances au droit des assurances ; les mutuelles au droit de la mutualité. Du point de vue du droit communautaire, l'ensemble des directives relatives à l'assurance a été transposé dans le code des assurances et dans celui de la sécurité sociale. Les institutions de prévoyance ont acquis, avec la loi du 8 août 1994, la qualité d'entreprises communautaires d'assurances au même titre que les sociétés d'assurances (leur champ d'activité est limité aux seules opérations liées à la personne humaine). La transposition des

directives européenne sur l'assurance n'a pas encore été opérée dans le code de la mutualité.

En ce qui concerne la retraite, le législateur fait par ailleurs la distinction entre deux niveaux de couverture collective : la retraite complémentaire obligatoire, qui relève de l'obligation légale, et la retraite supplémentaire, qui est volontairement instituée au-delà de l'étage complémentaire obligatoire. L'étage complémentaire obligatoire est mis en oeuvre par des institutions qualifiées de « institutions de retraite complémentaire ». La retraite supplémentaire peut faire l'objet d'un contrat avec un organisme assureur (institution de prévoyance, société d'assurances, mutuelle). En outre, elle peut être gérée par une catégorie d'institution spécifique à cette forme de couverture, une institution de retraite supplémentaire. La plupart de ces institutions sont des caisses de retraite créées par des entreprises pour leurs propres salariés, mais certaines concernent les salariés d'un secteur ou d'une catégorie professionnelle. Comme nous le verrons plus loin dans la section sur la retraite complémentaire, ce type d'institution est en voie d'extinction.

Les institutions de retraite supplémentaire, les institutions de retraite complémentaire et les institutions de prévoyance constituent toutes des organismes paritaires, c'est-à-dire qu'elles sont administrées par les partenaires sociaux avec une représentation strictement égale dans les organes dirigeants des employeurs et des salariés et bénéficiaires directs.

En ce qui concerne les salariés d'une seule entreprise, nous avons vu plus haut que le chef d'entreprise peut leur proposer l'instauration d'une couverture complémentaire, sans qu'il y ait négociation collective à ce sujet. En ce qui concerne les salariés d'une branche, la mise en place d'un dispositif de protection sociale commune passe par la négociation collective. Les accords collectifs susceptibles de mettre en place une couverture complémentaire sont négociés et conclus entre, d'une part, les organisations syndicales reconnues représentatives dans le champ d'application de l'accord et, d'autre part, les organisations d'employeurs ou les employeurs pris individuellement. Dans le cadre de l'entreprise, l'employeur doit obligatoirement informer et consulter le comité d'entreprise avant la mise en place ou la modification d'une couverture collective.

Dans le cadre d'un accord de branche ou interprofessionnel, les partenaires sociaux ont la possibilité d'organiser une mutualisation des risques entre toutes les entreprises relevant du champ de raccord et de désigner à cet effet un ou plusieurs organismes assureurs. Lorsque la branche professionnelle est suffisamment importante, cette mutualisation peut donner lieu à la création d'un organisme spécifique, une institution de prévoyance exclusivement destinée à mettre en oeuvre la couverture prévue. Toutes les entreprises concernées par l'accord sont tenues d'adhérer à l'organisme ou aux organismes désignés, à l'exception toutefois de celles qui ont déjà conclu un contrat propre offrant des avantages au moins équivalents à ceux offerts par le régime de branche. L'accord de branche doit prévoir une clause fixant les conditions et la périodicité du réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation. La périodicité du réexamen ne peut excéder cinq ans.

Dans le cas d'un accord d'entreprise, les partenaires sociaux peuvent également désigner un organisme assureur et des intermédiaires. L'accord doit prévoir les conditions du

réexamen du choix initial et la périodicité de ce réexamen qui ne doit pas excéder cinq ans. Les dispositions sont les mêmes lorsque la couverture a été mise en place par référendum ou par décision unilatérale de l'employeur : désignation possible avec réexamen périodique au moins tous les cinq ans.

En ce qui concerne le contrôle des organismes gestionnaires, les modalités de celui-ci diffèrent selon qu'il s'agit de la couverture complémentaire obligatoire dans le cadre des compensations ARRCO et AGIRC ou des autres types de couverture, c'est-à-dire le complémentaire obligatoire hors compensations ARRCO et AGIRC et le complémentaire volontaire.

Les institutions de retraite complémentaire fédérées et leurs fédérations (ARRCO et AGIRC) sont soumises au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales (corps de contrôle du ministère chargé de la Sécurité sociale). En outre, les fédérations ARRCO et AGIRC exercent leur propre contrôle sur les institutions qui y adhèrent. Le législateur a donné, avec la loi du 8 août 1994, une base législative à ce pouvoir qui constitue une prérogative de puissance publique justifiée par la mission d'intérêt général exercée par ces fédérations.

Le contrôle des autres institutions paritaires (institutions de retraite complémentaire hors compensation, institutions de prévoyance et institutions de retraite supplémentaire), ainsi que celui des mutuelles, est exercé par une autorité administrative indépendante : la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance⁶. Cette Commission est composée de cinq membres nommés à titre irrévocable pour une durée de six ans. Elle a notamment pour mission de s'assurer que les institutions concernées sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés auprès des affiliés et des bénéficiaires et qu'elles présentent les marges de solvabilité prescrites. Elle possède pour se faire un pouvoir d'investigation très étendu et elle peut prononcer des sanctions telles que le retrait total d'autorisation ou, dans le cas des institutions de prévoyance, le transfert d'office du portefeuille d'opérations d'une institution à un autre organisme.

Les sociétés d'assurances sont soumises à une autorité de contrôle similaire : la Commission de contrôle des assurances.

4. TENDANCES ET PERSPECTIVES

Au cours des dix dernières années, en particulier avec l'adoption de la loi du 31 décembre 1989 et celle du 8 août 1994, le cadre juridique de la protection sociale complémentaire s'est très sensiblement clarifié en France. Prenant acte du rôle majeur joué par celle-ci pour les salariés, le législateur a créé un livre spécifique dans le code de la Sécurité sociale lui étant entièrement consacré. L'adoption de ce texte très technique a été l'occasion de préciser le statut juridique des couvertures sociales dans l'entreprise et la branche

6. La commission a changé de nom entre la publication de son premier rapport, en 1993, et celle de son second en 1995. Elle s'appelait à l'origine Commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaires et des mutuelles.

professionnelle, de renforcer les droits des affiliés et des bénéficiaires et d'achever la spécialisation des institutions paritaires en clarifiant leur statut juridique et technique. D'une manière générale, la démarche suivie a conforté, en lui donnant une meilleure assise législative, la logique de la négociation collective à partir de laquelle s'est pour l'essentiel construite la couverture complémentaire en France.

La situation n'est cependant pas encore totalement stabilisée du point de vue juridique et un certain nombre de choix devront être opérés dans les années à venir. Le statut des mutuelles n'est pas totalement clarifié vis-à-vis de la réglementation européenne concernant l'assurance. Des incohérences demeurent dans la réglementation, notamment en matière de retraite volontaire. Plus globalement, les évolutions ayant affecté le cadre juridique de la protection sociale complémentaire soulèvent aujourd'hui la question essentielle de la place pour un mode de régulation de celle-ci intermédiaire entre la régulation étatique et celle du marché. Cette question renvoie à celle du statut des organismes impliqués dans la mise en oeuvre de la protection sociale complémentaire. En ce qui concerne les institutions paritaires, on est passé sur ce point d'une logique de la « démocratie sociale », c'est-à-dire de la gestion confiée aux intéressés eux-mêmes, à une spécialisation selon qu'elles opèrent sur un marché concurrentiel ou gèrent une couverture complémentaire obligatoire.

La loi du 8 août 1994 a défini précisément le statut juridique et technique des institutions de prévoyance (les dispositions les concernant représentent la partie la plus volumineuse du livre IX). Ces institutions paritaires constituent maintenant des entreprises d'assurance susceptibles d'intervenir dans les opérations de retraite en capitalisation. Elles sont bien dissociées des institutions paritaires mettant en oeuvre, en répartition, les régimes complémentaires obligatoires. Elles sont notamment tenues, au même titre que les sociétés d'assurances, de disposer de provisions techniques nécessaires à la couverture des engagements qu'elles contractent.

Dans l'ensemble, le développement de la couverture volontaire est fortement lié aux dispositions fiscales prévues. Les exonérations actuellement accordées en France sont très importantes en comparaison internationale, mais elles sont assorties de conditions strictes : notamment, l'obligation d'affiliation de l'ensemble du personnel ou d'une ou plusieurs catégories déterminées. La fiscalité encourage fortement la couverture collective volontaire et obligatoire plutôt que l'adhésion facultative ou la couverture individuelle.

La présence des mutuelles dans les entreprises est souvent associée à la couverture facultative. La réforme du code de la mutualité de 1985 a clairement autorisé les mutuelles à assurer des contrats de groupe à adhésion obligatoire, mais elles sont souvent devancées sur ce terrain, tant par les compagnies d'assurance que par les institutions de prévoyance. En effet, la mutualité est fortement marquée par une tradition d'adhésion individuelle plutôt que de groupe et de démocratie directe plutôt que la représentation par des syndicats⁷.

7. Sur la place de la mutualité dans la protection sociale complémentaire, voir Abécassis, Andréani, apRoberts, 1987.

La protection sociale, telle qu'elle a été mise en place en France à l'issue de la Deuxième guerre mondiale, a été conçue à l'origine selon le principe de « démocratie sociale ». Ce principe, adopté en 1946, signifiait en particulier que la gestion de la protection sociale complémentaire ne pouvait être mise en oeuvre que par deux types d'institutions : les mutuelles et les institutions désignées à l'origine par l'article L. 4 du code de la Sécurité sociale et qualifiées pour cette raison de « L. 4 ».

Dans les processus de décision et la gestion de l'un et l'autre de ces deux types d'institution, les affiliés et leurs représentants jouaient un rôle majeur. La mutualité relevait et relève toujours du principe « une personne, une voix », et ce sont les participants qui prennent, dans le cadre de l'assemblée générale, les décisions essentielles. Les « L. 4 » s'inscrivaient dans la logique de la représentation conjointe des salariés et des employeurs : leur conseil d'administration devait être au moins pour moitié composé, dans le cadre de l'entreprise, de représentants du comité d'entreprise et, au-delà du cadre de l'entreprise, de représentants des salariés ou des retraités. De fait, dans la pratique, c'est la logique paritaire au sens strict ou, plutôt, mathématique du terme qui a prévalu (sur le paritarisme, voir apRoberts, Daniel, Rehfeldt *et al.*, eds, 1997a et 1997b).

Pour la retraite complémentaire, le monopole a été très largement respecté, mais il n'en a pas été de même pour la prévoyance. Il ne s'est agi dans ce dernier cas que d'un monopole théorique : les sociétés d'assurances n'ont jamais accepté d'être exclues du marché de la prévoyance. Elles y ont pénétré soit indirectement et sous le couvert de la loi en créant des « L. 4 », soit directement en négociant des contrat d'assurance avec les entreprises. La loi Evin du 31 décembre 1989 a clarifié les choses sur ce point en faisant coïncider la législation avec la pratique. Depuis, trois types d'organismes sont susceptibles d'intervenir en matière de prévoyance : les mutuelles, les « L. 4 » (devenues alors « L. 732-1 ») et les sociétés d'assurances.

La loi du 8 août 1994 a par ailleurs parachevé un processus entamé par la loi Evin de distinction entre différents types de « L. 4 ». Ces institutions deviennent dorénavant des institutions expressément qualifiées de « paritaires » c'est-à-dire, selon les termes de la loi, « administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants », autrement dit administrées par des représentants des entreprises et des salariés et anciens salariés (art. L. 922-1, L. 922-2, L. 932-1 et L. 932-2). Trois types d'institutions paritaires sont distinguées : les institutions de retraite complémentaire, les institutions de prévoyance et les institutions de retraite supplémentaire. Cette distinction et les conditions dans lesquelles elle est opérée marquent un véritable tournant dans l'histoire de la protection sociale complémentaire.

Le seul point commun qui demeure entre les trois types d'institutions est le caractère paritaire de leur gestion ; au-delà, chacune relève de logiques profondément différentes, et cet état de fait est en train de dessiner un paysage de la protection sociale complémentaire tout à fait nouveau en France.

Les institutions de retraite complémentaire se voient reconnaue une mission d'intérêt général. Elles sont explicitement et exclusivement destinées à mettre en oeuvre les régimes de retraite complémentaire obligatoires des salariés, eux-mêmes institués par des accords nationaux interprofessionnels étendus et élargis par des arrêtés interministériels. Autrement dit, elles gèrent un quasi-régime de base bis issu de la négociation collective et cela en situation de monopole.

Les institutions de prévoyance, qui sont très souvent l'émanation d'institutions que l'on qualifie aujourd'hui d'institutions de retraite complémentaire, sont des organismes assureurs dans le cadre communautaire au même titre que les sociétés d'assurances. Pour reprendre le constat de Philippe Laigre (1995a, p. 306), leur statut technique a été précisé par la loi du 8 août 1994 « au travers de la retranscription minutieuse des dispositions des directives européennes relatives à l'activité d'assurance ». Les institutions de prévoyance ne bénéficient plus en outre d'aucune forme de monopole. Autrement dit, ce sont des entreprises d'assurance opérant sur le marché concurrentiel de la protection sociale complémentaire et dont la particularité consiste à être des organismes à but non lucratifs gérés de manière paritaire par des représentants des employeurs et des salariés.

Cette logique qui consiste à envisager la protection sociale complémentaire comme une activité commerciale d'assurance a également prévalu dans le cas du troisième type d'institutions paritaires : les institutions de retraite supplémentaire. Il s'agit pour la plupart de caisses d'entreprise, patronales à l'origine. Sous une forme paritaire, ces institutions auraient pu constituer un moyen pour les salariés de participer à la gestion des régimes de retraite d'entreprise. Cependant, dans le même mouvement où l'on distinguait celles-ci des autres institutions paritaires, on les mettait en extinction. Cela signifie que la retraite complémentaire volontaire n'est plus envisagée que sous la forme d'un contrat commercial avec un organisme extérieur à l'entreprise.

IV. LES TRANSFORMATIONS DES RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Les retraites complémentaires jouent un rôle majeur dans le système de retraite français (voir Reynaud, 1994). Celui-ci est pour l'essentiel caractérisé par une structure à deux étages composée d'une couverture de base et d'une couverture complémentaire obligatoire. Le taux de remplacement assuré par cette double couverture obligatoire est aujourd'hui relativement élevé et cette situation ne laisse que peu de place aux dispositifs volontaires, qui jouent de fait un rôle marginal.

Comme l'ensemble des systèmes de retraite des pays industrialisés, le système français est engagé depuis plusieurs années dans un processus d'adaptation aux évolutions socio-économiques et démographiques. Celui-ci s'est traduit, au cours des dernières années, par un certain nombre de changements importants qui sont en train de transformer le paysage de la retraite en France.

En ce qui concerne la couverture de base, le gouvernement a notamment modifié les règles d'ouverture des droits et le mode de calcul et de revalorisation des pensions dans le régime général. Au niveau de la couverture complémentaire obligatoire, un mouvement de regroupement des différents régimes de salariés dans les deux fédérations ARRCO et AGIRC s'est enclenché et il est aujourd'hui presque entièrement achevé. Parallèlement, les régimes ARRCO et AGIRC ont abandonné les options facultatives qui permettaient d'aller au-delà du minimum obligatoire et ont adopté le principe du taux de cotisation unique. Un régime unique va se substituer le 1er janvier 1999 aux différents régimes fédérés dans l'ARRCO et une solidarité financière a été instituée entre l'ARRCO et l'AGIRC. Du point de vue de la couverture volontaire, un débat relatif à la création de nouveaux dispositifs en capitalisation est en cours depuis le début des années 90. Il a débouché en mars 1997 sur l'adoption d'une loi sur l'épargne retraite. L'entrée en vigueur de celle-ci a été remise en cause par le changement de majorité parlementaire en juin 1997 ; mais le nouveau gouvernement semble, début 1998, déterminé à introduire à plus ou moins brève échéance une législation incitative en la matière.

Ces divers points vont être abordés successivement. Le premier, concernant la réforme du régime général, ne relève pas directement du champ de ce rapport. Il sera toutefois traité dans la mesure où les réductions programmées des prestations du régime de base impliquent l'ensemble du système de retraite et auront nécessairement des répercussions sur les régimes complémentaires.

1. REFORME DU REGIME GENERAL

La réforme du régime général et des régimes alignés, c'est-à-dire les régimes de base des salariés agricoles, des artisans et des industriels et commerçants, a été opérée par le gouvernement Balladur en juillet 1993. La loi adoptée le 22 juillet 1993 reprend très largement les mesures suggérées par le *Livre blanc* publié en 1991 à l'initiative de Michel Rocard, Premier ministre socialiste de l'époque. Elle est entrée en vigueur le

1er janvier 1994. Le principe général de calcul de la pension n'a pas été remis en cause. Il reste le suivant : la pension à taux plein est égale à 50 % du salaire moyen revalorisé d'une période de référence. Trois modifications ont été introduites :

- . la durée d'assurance nécessaire pour obtenir une pension à taux plein à 60 ans va passer de 37,5 ans à 40 ans, soit de 150 à 160 trimestres, à raison d'un trimestre par an à compter du 1er janvier 1994 (le taux plein reste cependant acquis à 65 ans quelle que soit la durée d'assurance) ;
- . la période de référence pour le calcul des pensions va être portée des dix aux vingt-cinq meilleures années, au rythme d'une année par an à partir du 1er janvier 1994 ;
- . la revalorisation des pensions et des salaires pris en compte pour leur calcul se fera pour une période de cinq ans (1994-1998) en fonction de l'évolution des prix (ce qui revient en fait à pérenniser jusqu'en 1998 une pratique en vigueur depuis 1987).

Les conséquences de ces trois mesures sur le niveau des pensions du régime général sont difficiles à évaluer. Elles auront notamment des effets très différenciés selon les niveaux de salaire, les profils de carrière et l'âge de départ en retraite. L'impact dépendra également de l'écart entre l'évolution des prix et celle des salaires. Etant donné l'extrême variété des situations à envisager, il est de fait impossible de déterminer un taux moyen de diminution des pensions par rapport au plafond de la Sécurité sociale (Ruellan, 1993, p. 921). On peut cependant, à titre d'indication, se référer à une étude de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui évalue, sur des cas-types, l'effet du passage des dix au vingt-cinq meilleures années pour le calcul de la pension (Gleizes, 1993).

Ce travail montre notamment que, au 1er janvier 1993, pour une carrière entièrement au plafond de la Sécurité sociale, le calcul sur les vingt-cinq meilleures années peut faire baisser la pension de 3,2 à 3,8 points selon l'année du début de carrière. Une carrière au plafond commencée en 1948 permet d'obtenir une pension représentant 44,7 % du plafond avec la règle des vingt-cinq meilleures années contre 48,5 % avec celle des dix meilleures années. Ces chiffres sont respectivement de 43,5 % contre 46,7 % pour une carrière commencée en 1950 et de 42,1 % contre 45,5 % pour une carrière ayant débuté en 1954. Ces écarts tiennent à la sous-indexation, par rapport à l'évolution du plafond, des salaires pris en compte pour le calcul de la pension. Ils illustrent à la fois une des conséquences de la réforme de 1993 et la variété des impacts possibles.

2. REGIMES COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES

La couverture complémentaire obligatoire a connu de profondes transformations au cours des années 90. Un mouvement de regroupement dans les fédérations ARRCO et AGIRC, largement induit par la logique technique du financement des retraites en répartition, a été opéré. Par ailleurs, dans un contexte de négociation de plus en plus rude, du fait principalement de changements dans les rapports de force et dans les intérêts représentés à l'intérieur du CNPF, toute une série de mesures importantes ont été prises concernant les

régimes ARRCO et AGIRC : passage au taux de cotisation unique, adaptation aux évolutions socio-économiques et démographiques, institution d'un régime unique à l'ARRCO et d'une solidarité financière entre l'ARRCO et l'AGIRC.

2.1. Regroupement dans les fédérations ARRCO et AGIRC

La loi du 29 décembre 1972 a généralisé l'obligation d'affiliation à un régime complémentaire pour tous les salariés assujettis au régime général. Cette loi avait pour objet d'étendre la couverture complémentaire obligatoire aux quelques secteurs non concernés par des accords collectifs en la matière : établissements financiers et bourses de valeurs, entreprises de travail temporaire, commerces de gros et de détail, employeurs d'employés de maison, concierges et gardiens d'immeubles, hôtellerie, débits de boissons et de tabac, activités du spectacle... Cette obligation d'affiliation relevait pour l'essentiel, dès l'origine, d'institutions regroupées dans deux grandes fédérations, l'ARRCO et l'AGIRC. La première couvrait les salariés non cadres et la seconde, les cadres et catégories assimilées. Quelques exceptions à cette règle générale ont été maintenues pour des régimes complémentaires existants qui sont ainsi restés à l'extérieur de l'ARRCO et de l'AGIRC.

Les deux fédérations pratiquent une compensation des opérations réalisées par les institutions adhérentes. Un tel mécanisme de mutualisation nationale est essentiel d'un point de vue technique dans la mesure où le financement est opéré en répartition, il permet d'assurer la pérennité des régimes mis en oeuvre. Les institutions non adhérentes, bien que couvrant une population restreinte, ne pratiquaient pas non plus le préfinancement de leurs engagements et offraient pour la plupart des prestations sensiblement supérieures à celles des régimes ARRCO et AGIRC. Confrontées à des évolutions démographiques défavorables dans leur secteur respectif, la plupart d'entre elles ont au cours des dernières années rejoint les deux grandes fédérations. Cela a notamment été le cas, au 1er janvier 1993, de la Caisse de retraite du personnel au sol d'Air France (CRAF) ; puis, au 1er janvier 1994, de la Caisse de retraite des personnels de sécurité sociale (CPPOSS) et des caisses du secteur bancaire ; et, enfin, au 1er janvier 1997, de la caisse du tertiaire agricole, la Caisse centrale de prévoyance mutuelle agricole (CCPMA).

Ces caisses mettaient précédemment en oeuvre des régimes à prestations définies globalement avantageux, voire très avantageux pour les affiliés ; mais leur situation financière était extrêmement fragile. Les caisses du secteur bancaire, par exemple, étaient touchées par les conséquences des importantes restructurations effectuées dans le secteur depuis le milieu des années 80. Leur rapport démographique s'était profondément dégradé et leurs ressources en cotisations étaient affectées par la réduction de la masse salariale. Les engagements pris n'étaient quasiment pas préfinancés : les réserves des caisses ne s'élevaient avant leur intégration qu'à 14 milliards de francs pour des engagements dont le montant n'est pas précisément connu, mais que certaines estimations chiffraient à 100 milliards de francs (Commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaires et des mutuelles, 1994, p. 94). La situation n'était pas

tenable à terme et la profession bancaire a négocié l'intégration des caisses dans les fédérations ARRCO et AGIRC.

Les exemples du régime du secteur bancaire et de celui des personnels de sécurité sociale illustrent les difficultés qu'il y a à assurer sur le long terme le financement des retraites en répartition à partir d'une base professionnelle restreinte. Ces difficultés ont déclenché un mouvement de regroupement dans l'ARRCO et l'AGIRC des institutions complémentaires mettant en oeuvre l'obligation d'affiliation. En 1997, le processus est quasiment achevé. Dans le secteur privé et le secteur public concurrentiel, seule une institution demeure entièrement en dehors des deux fédérations : la caisse des navigateurs de l'aviation civile (CRPNPAC). Et une institution, qui participe à la compensation ARRCO, ne participe pas à la compensation AGIRC : la caisse des personnels des caisses d'épargne (CGRCE). Il existe également une exception dans le secteur public : le régime des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC). Mais ce régime, lui aussi financé en répartition, renvoie à une autre logique dans la mesure où il relève de la responsabilité de l'Etat en tant qu'employeur. La continuité de l'Etat et sa capacité de prélever l'impôt constituent indéniablement une garantie du point de vue de la pérennité des engagements pris.

2.2. Passage au taux de cotisation unique à l'ARRCO et à l'AGIRC

Les régimes ARRCO et AGIRC ont été construits sur la base d'un double système de cotisation : un minimum obligatoire et la possibilité d'aller au-delà en adoptant un taux de cotisation supérieur. Il a ainsi longtemps été possible, dans le cadre même des régimes complémentaires obligatoires, d'améliorer les prestations proposées en retenant au sein de l'entreprise ou de la branche un taux supérieur au taux minimum (cela pour l'ensemble des salariés ou seulement pour une catégorie déterminée). Fin 1992, le taux minimum était à l'ARRCO de 4 % et il pouvait aller jusqu'à 8 % ; il était à l'AGIRC de 12 % (8 % pour les entreprises créées avant le 1er janvier 1981) et pouvait être porté à 14 % ou à 16 %.

Début 1993 (accord du 10 février 1993), il a été décidé à l'ARRCO de supprimer la possibilité de nouvelles souscriptions au-delà de 6 % et, à partir de 1996, de progressivement relever le taux minimum de telle sorte que le taux de 6 % devienne à compter du 1er janvier 1999 le taux de cotisation unique. L'AGIRC s'est engagée un an plus tard sur la même voie (accord du 9 février 1994). Le taux obligatoire devait progressivement être porté au maximum de 16 % au plus tard en 2003, cela en plusieurs étapes : 10 % en 1994, 12 % en 1995, 13 % en 1996, 14 % en 1997 et un passage à 16 % programmé au cours du dernier trimestre 1997. En 1996 (accord du 25 avril 1996), il a été finalement prévu de passer à 15 % dès le 1er janvier 1998 et à 16 % à compter du 1er janvier 1999.

Les raisons de cette évolution sont de deux ordres. Tout d'abord, d'un point de vue technique, l'adoption d'un taux unique permet de pérenniser les régimes. Dans la logique de la répartition, l'équilibre de ceux-ci est en effet susceptible d'être menacé si le taux moyen de cotisation évolue durablement à la baisse. Une telle tendance risquait de se

produire pour l'ARRCO et l'AGIRC dans la mesure où les transformations structurelles de l'économie pèsent dans ce sens : remploi se développe dans les petites entreprises, qui ont très largement tendance à choisir le taux minimum, alors qu'il régresse dans les grandes, qui ont pour la plupart adopté le taux maximum. Par ailleurs, la suppression des opérations facultatives s'inscrit dans le cadre du processus de construction européenne. Face aux menaces que les institutions communautaires font peser sur leur monopole, les caisses fédérées dans l'ARRCO et l'AGIRC sont d'autant plus aptes à justifier un tel principe lié à leur mode de financement qu'elles n'effectuent que des opérations obligatoires qui n'entrent pas dans le champ du marché concurrentiel.

D'une manière générale, le passage au taux unique représente un changement important pour le système de retraite français. Il signifie qu'une limite a été fixée à l'extension des régimes en répartition dont le champ d'intervention est circonscrit à la logique strictement obligatoire. Corrélativement, un espace a été ouvert au développement des dispositifs en capitalisation dans la mesure où, dorénavant, ils constituent la seule véritable option pour aller, dans le cadre de l'entreprise ou de la branche, au-delà de la couverture obligatoire.

La négociation entre syndicats et patronat a été très dure, en particulier pour l'accord AGIRC de février 1994 et la fixation du taux unique au maximum de 16 %. De très fortes tensions se sont manifestées au sein du CNPF. D'un point de vue technique, la pérennité des régimes impliquait que le taux unique soit fixé à un niveau supérieur au taux moyen constaté (un peu plus de 5 % à l'ARRCO et près de 14 % à l'AGIRC). Les branches cotisant au minimum ont cherché à limiter l'augmentation de cotisation induite dans leur cas. Elles ont trouvé un appui, et c'est là le phénomène le plus important, auprès des organisations professionnelles du secteur financier, engagées par ailleurs dans la promotion des dispositifs en capitalisation : pour l'essentiel, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et, à un degré moindre, l'Association française des banques (AFB). La négociation concernant l'AGIRC a été d'autant plus âpre que la population couverte par ce régime, les cadres, est la plus susceptible d'être concernée par les dispositifs en question.

La FFSA, dont l'influence est croissante à l'intérieur de l'organisation patronale, a notamment pesé de tout son poids pour essayer d'obtenir que le taux unique ne soit pas porté au maximum de 16 % prévu pour les opérations facultatives. Ce qui aurait laissé un champ plus important aux produits en capitalisation. La stratégie était double, D'une part, limiter la croissance de l'effort contributif obligatoire permettait de donner de la marge aux dispositifs volontaires. D'autre part, restreindre les ressources de l'AGIRC aurait conduit celle-ci, dans la logique de la répartition, à réduire d'autant les prestations pour maintenir son équilibre financier, ce qui aurait constitué une incitation à développer une couverture en capitalisation. Le patronat, sous l'impulsion de l'UIMM et de son négociateur Pierre Guillen, a finalement fait le choix d'assurer la pérennité de l'AGIRC en se ralliant au principe du passage à 16 %, option que défendaient aussi bien les syndicats que les gestionnaires techniques du régime.

La négociation de l'accord AGIRC de février 1994 a également entraîné une cassure importante du côté syndical. Le passage au taux unique de 16 % a été obtenu avec des contreparties en termes de baisse de prestations, des avantages accordés pour enfants

élevés ont notamment été réduits aussi bien pour les droits en cours d'acquisition que pour les pensions en cours de versement. Cela a conduit la CGT, non seulement à ne pas signer l'accord, mais à le contester en justice. Des actions ont également été engagées par une association familiale, la Fédération des familles de France, une association de cadres retraités et deux retraités. Cette contestation juridique n'a jusque-là pas débouché sur une remise en cause de l'accord, mais elle n'en constitue pas moins une première dans la gestion paritaire des régimes de retraite complémentaires : le recours au juge, par l'un des acteurs partie prenante de la négociation collective, pour contester le résultat de celle-ci (sur les questions juridiques posées par ce contentieux, voir notamment Dupeyroux, 1995 et Langlois, 1995).

Elément contribuant à la pérennité technique des régimes ARRCO et AGIRC, le passage au taux unique aura donc également fait apparaître deux points de fragilité qui ne s'étaient jusque-là pas manifestés. D'une part, à travers leur représentation au sein du CNPF, les assureurs et les banquiers peuvent faire directement peser de l'intérieur une menace sur la couverture complémentaire obligatoire lorsque celle-ci est perçue par eux comme un frein à leurs intérêts commerciaux. D'autre part, le juge est apparu comme un nouvel acteur susceptible de trancher les différends entre organisations participant à la gestion paritaire des régimes.

2.3. Adaptation aux évolutions socio-économiques et démographiques

La technique de financement utilisée par les régimes ARRCO et AGIRC a permis jusque-là une adaptation souple aux évolutions socio-économiques et démographiques. Cette adaptation a dans l'ensemble consisté en une révision régulière du rendement des régimes à la baisse et elle a été pratiquée à travers la négociation collective entre le patronat (CNPF, CGPME et UPA) et les confédérations syndicales (CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT et CGT-FO). Il est à noter que cette baisse progressive de rendement a été conduite pendant que la réforme du régime général était elle-même débattue et donnait lieu à la production de multiples rapports et à la constitution de plusieurs commissions d'experts. Les deux processus se sont déroulés en parallèle et grossièrement sur la même période, à partir de la fin des années 70 et du début des années 80.

Les régimes ARRCO et AGIRC sont des régimes en répartition à cotisations définies. À la différence des régimes à prestations définies, comme le régime général, ils ne s'engagent pas sur un objectif pré-déterminé en matière de prestations (par exemple à travers une formule qui détermine la pension en fonction du salaire) : le montant de la pension dépend des cotisations accumulées par l'affilié au cours de sa carrière et des ressources financières du régime lorsqu'elle est calculée. Leur mode de régulation technique consiste à réaliser chaque année l'égalité entre les ressources disponibles et les charges (sur les différences entre régimes en répartition à cotisations définies et à prestations définies, voir Reynaud, 1994b).

Concrètement, dans le cas des régimes ARRCO et AGIRC, le mécanisme fonctionne de la façon suivante. Des cotisations correspondant à un pourcentage donné sont prélevées sur

une tranche de salaire. Ces cotisations sont transformées en unités de compte, des points de retraite, qui sont comptabilisés sur un compte individuel. Le nombre de points crédités dans l'année est obtenu en divisant le montant des cotisations par le prix d'achat du point pour l'année considérée. À l'issue de la carrière, le montant de la pension annuelle est calculé à partir du nombre de points inscrits au compte : elle est égale au total des points acquis multiplié par la valeur du point lors de la liquidation des droits. Elle évolue par la suite en fonction de la revalorisation de la valeur du point.

Les gestionnaires fixent tous les ans le prix d'achat du point et la valeur du point en fonction des contraintes d'équilibre du régime. Dans la logique de financement en répartition, celles-ci consistent à réaliser chaque année l'égalité entre les ressources disponibles et les charges, autrement dit l'égalité entre les cotisations annuelles nettes de prélèvement et les prestations annuelles. Depuis la fin années 70 et le début des années 80, face à une perspective d'augmentation très forte des charges, les organisations patronales et syndicales, en tant que gestionnaires de l'ARRCO et de l'AGIRC, ont décidé une baisse progressive du rendement des régimes, c'est-à-dire une baisse de la valeur des droits acquis pour un montant de cotisation donné (le rapport, pour une année donnée, de la valeur du point au prix d'achat de celui-ci). À l'AGIRC, par exemple, le rendement est passé de 12,24 % en 1980 à 9,20 % en 1995 ; en d'autres termes, alors que 100 F de cotisations donnaient droit à une pension annuelle de 12,24 F en 1980, ils ne permettaient plus d'acquérir en 1995 qu'une pension de 9,20 F.

Cette baisse a été conduite en arbitrant entre les intérêts en présence, ceux des cotisants (affiliés et employeurs) et ceux des bénéficiaires. Les efforts nécessaires à l'équilibre des régimes ont ainsi été répartis en appliquant, d'une part, des conditions de revalorisation de la valeur du point moins avantageuses que précédemment et, d'autre part, en faisant évoluer le coût d'achat de celui-ci plus vite que les salaires des affiliés. Cela a été pratiqué grâce à l'utilisation d'un paramètre qualifié de « taux d'appel » des cotisations. Cette notion signifie que les cotisations peuvent être perçues, « appelées », à un taux différent du taux d'affiliation, sans que cela intervienne dans le mécanisme d'acquisition de droits. En d'autres termes, un taux d'appel supérieur à 100 % implique qu'une surcotisation non productrice de droits est versée pour équilibrer le régime. L'augmentation du taux d'appel a permis de soutenir l'évolution de la valeur des droits acquis et de limiter les conséquences des baisses de rendement sur le niveau des prestations. Le taux d'appel est aujourd'hui de 125 % dans les deux fédérations, depuis 1992 à l'ARRCO et depuis 1995 à l'AGIRC.

Le 25 avril 1996, des accords importants ont été conclus entre le patronat et quatre organisations syndicales (la CGT n'a pas signé). Ces accords, destinés à assurer l'équilibre financier des régimes ARRKO et AGIRC sur les dix ans à venir, s'inscrivent dans la continuité du processus de révision à la baisse, mais ils marquent dans le même temps une rupture par rapport à la démarche précédente. Ils prévoient une poursuite de la baisse des rendements. De 1996 à 2000, ceux-ci vont être ramenés de 8,94 % à l'ARRCO et de 9,20 % à l'AGIRC à 7,20 % dans les deux régimes. Cette baisse a pour objectif d'éviter un déficit prévisionnel cumulé de l'ordre de 167 milliards de francs à l'horizon 2005 (37 milliards à l'ARRCO et 130 milliards à l'AGIRC). Elle va être opérée, et c'est là la nouveauté majeure introduite par ces accords, sans augmentation de l'effort contributif : le

coût d'acquisition des droits va sensiblement augmenter à taux de cotisation constant. Autrement dit, pour un taux de cotisation inchangé (les taux d'appel ne sont pas modifiés), la valeur des droits nouvellement acquis sera sensiblement plus faible. Cela aura un impact très progressif, dans la mesure où les droits déjà acquis ne sont pas affectés, mais devrait entraîner à terme une baisse sensible des prestations versées⁸.

Cette décision est déterminante pour l'avenir du système de retraite français. Elle marque une rupture par rapport aux pratiques précédentes qui consistaient à relever le niveau des cotisations pour limiter les conséquences des baisses de rendement sur la valeur des prestations. De fait, le choix de ne pas augmenter l'effort contributif dans les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC signifie que le patronat et les organisations syndicales ont fixé des limites au financement des retraites en répartition en France. Il ouvre par là la voie à l'instauration de nouveaux dispositifs en capitalisation. Quelques mois après la signature des accords du 25 avril 1996, le processus législatif visant à introduire des dispositions allant dans ce sens, qui était jusque-là bloqué, a d'ailleurs été relancé et a finalement débouché sur l'adoption début 1997 de la loi sur l'épargne retraite.

L'objectif visant à plafonner l'effort contributif dans les régimes ARRCO et AGIRC, atteint à travers les accords du 25 avril 1996, était poursuivi depuis plusieurs années par la FFSA. Il s'inscrit en fait dans un projet plus global, explicitement formulé par les assureurs, qui consisterait à plafonner les ressources affectées à l'ensemble des régimes en répartition, régimes de base et complémentaires confondus, ce qui impliquerait de figer les taux de cotisation aux différents dispositifs à leur niveau actuel. Cette proposition a été régulièrement mise en avant par les représentants de la FFSA depuis le début des années 90. Elle a notamment été formulée dans le cadre de la commission présidée par Alain Minc et chargée par le Premier ministre, Edouard Balladur, de recenser « les défis de l'an 2000 ». Elle n'a été défendue que par quelques membres de ladite commission et celle-ci a explicitement retenu une solution qui préconise « une pérennisation de la répartition, sans plafonnement *a priori* de ses ressources » (Commission Minc, 1994, p. 124). Il n'en demeure pas moins que la question du plafonnement des ressources des régimes de retraite obligatoires reste un enjeu majeur pour l'avenir du système de retraite français. Et les accords du 25 avril 1996 semblent indiquer que les assureurs ont réussi à faire prévaloir leurs vues pour ce qui concerne les régimes ARRCO et AGIRC.

8. L'ARRCO a calculé l'effet combiné des accords du 25 avril 1996 et de la réforme du régime général de 1993 sur l'évolution du taux de remplacement du salaire par la pension globale (régime général plus ARRCO), cela dans l'hypothèse d'une carrière de 40 ans, faiblement progressive, d'un niveau de salaire voisin du salaire médian et d'un taux de cotisation de 6 % à l'ARRCO. Le taux de remplacement brut (pension brute/salaire brut) passe de 72,6 % en 1996 à 67,6 % en 2005, puis à 64,1 % ou à 61,4 % en 2020, selon que le rendement est figé de 2005 à 2020 au niveau de 2005 ou qu'il continue à baisser au même rythme qu'auparavant (un point par an sur la revalorisation des pensions) (ARRCO, 1996, p. XV).

2.4. Régime unique ARRCO et solidarité financière ARRCO-AGIRC

Les accords du 25 avril 1996 comprennent un autre volet essentiel qui touche à la structure des régimes et à leur articulation. D'une part, ils prévoient la création d'un régime unique ARRCO et, d'autre part, ils instituent une solidarité financière entre les régimes ARRCO et AGIRC. Les deux décisions ne renvoient pas aux mêmes considérations, mais elles impliquent l'une et l'autre des changements importants dans la structuration de la couverture complémentaire obligatoire des salariés.

L'ARRCO ne constitue pas aujourd'hui à proprement parler un régime, elle est une fédération regroupant une multitude d'institutions mettant en oeuvre différents régimes. Lorsqu'elle a été créée, en 1962, de nombreux régimes complémentaires de salariés existaient déjà et sa fonction était, justement, « d'assurer la pérennité des régimes et de promouvoir entre eux une coordination et une compensation appropriées » (art. 6 de l'accord du 8 décembre 1961). Autrement dit, un des rôles essentiels de l'ARRCO, en tant qu'organisme fédératif, a jusque-là consisté à harmoniser les règles des différents régimes adhérents et à gérer un mécanisme de compensation financière entre les institutions, cela de telle sorte que les affiliés puissent percevoir des prestations équivalentes quelles qu'aient été les caisses ARRCO auxquelles ils ont appartenu au cours de leur carrière. Fin 1991, par exemple, l'ARRCO harmonisait et coordonnait 47 régimes gérés par 112 caisses.

Pour harmoniser les prestations versées par des régimes dont les règlements sont différents, l'ARRCO met en oeuvre un principe qui, sans remettre en cause la variété des réglementations, consiste à faire qu'à cotisations égales tous les bénéficiaires perçoivent dans tous les régimes des prestations équivalentes. Chaque année, le conseil d'administration de l'ARRCO fixe un rendement de référence sur lequel les régimes doivent aligner leur propre rendement. Ceux-ci conservent toutefois une petite marge de manœuvre: le rendement d'un régime peut être compris entre 98 % et 104 % du rendement de référence. Des pénalités sont prévues pour les régimes ne respectant pas ces limites. À travers ce mécanisme, l'ARRCO a ainsi fait converger des rendements à l'origine très différenciés. À l'origine, en 1962, un écart de 17,5 points séparait les rendements extrêmes pratiqués par les régimes adhérents et le rendement maximum était près de trois fois supérieur au rendement minimum (27,5 % contre 10%). L'écart a été très sensiblement réduit au cours des années 60 et il n'est plus que de 1,10 point en 1991 (voir Reynaud, 1993, pp. 57 et 133).

Les accords du 25 avril 1996 instituent à compter du 1er janvier 1999 un régime unique, le « régime unique de retraite complémentaire des salariés », destiné à se substituer, à cette date, à l'ensemble des régimes membres de l'ARRCO. Cette décision est en quelque sorte l'aboutissement du processus d'harmonisation amorcé par la création de l'ARRCO en 1962. Elle rapproche encore plus la couverture complémentaire ARRCO de la logique d'un régime de sécurité sociale bis s'appliquant, dans des conditions identiques, à tous les salariés sur l'ensemble du territoire.

La deuxième dimension structurelle des accords concerne l'instauration d'une solidarité financière entre l'ARRCO et l'AGIRC. Il s'agit là d'une réponse aux difficultés que rencontre

le régime AGIRC du fait que ses cotisations sont assises sur les fractions de salaire se situant au-delà du plafond de la Sécurité sociale. Depuis plusieurs années, ce dernier tend à évoluer plus vite que le salaire moyen des affiliés au régime, ce qui se traduit mécaniquement par une réduction de l'assiette des cotisations et donc par une baisse de ressources. Une évolution du plafond supérieure à la croissance du salaire moyen des salariés entraîne, au contraire, une augmentation de l'assiette à rARRCO et a donc un effet favorable sur les ressources des régimes. C'est ce phénomène que les accords du 25 avril visent à neutraliser en instaurant une solidarité qui permette aux régimes ARRKO et AGIRC de constater, après compensation, un même rapport de charges. Pour la première année de mise en application, 1996, la compensation versée par l'ARRKO à l'AGIRC s'est élevée à 1,4 milliard de francs (ce qui représente 2,3 % des ressources annuelles de l'AGIRC).

Cette démarche renvoie à un problème plus global, celui de la fragilité intrinsèque du régime AGIRC qui tient non seulement à la délimitation de son assiette, mais aussi à son caractère catégoriel. Dans la logique du financement en répartition, les régimes ARRKO et AGIRC dépendent, du point de vue de leurs recettes, de l'évolution de la masse salariale sur laquelle sont assises, les cotisations. Leurs ressources sont donc dans l'ensemble fonction de l'évolution des effectifs cotisants et de celle des salaires. Pour l'ARRKO, en raison de sa couverture nationale et généralisée à la totalité du secteur privé et du public concurrentiel, on peut globalement considérer que le régime est directement adossé sur l'activité économique telle qu'elle se traduit dans l'évolution de la masse salariale au niveau national.

Pour l'AGIRC, la situation est plus complexe. D'une part, le régime ne perçoit des cotisations qu'au-delà du plafond de la Sécurité sociale, il est en conséquence dépendant des choix opérés par l'Etat en matière de revalorisation de ce plafond. D'autre part, il ne couvre qu'une catégorie de salariés, les cadres et les catégories assimilées, et il est donc soumis aux évolutions respectives du taux d'encadrement et des salaires des cadres et assimilés. Les tendances affectant ces deux dernières variables pèsent depuis plusieurs années sur les finances du régime. Un nombre important d'affiliés perçoit notamment des salaires faiblement supérieurs au plafond de la Sécurité sociale et la proportion de ceux dont le salaire est inférieur à ce plafond est croissante. Des mesures de solidarité interne au régime ont même dû être mises en place pour que ces derniers, dont le niveau de rémunération ne permet pas d'atteindre le seuil de déclenchement des cotisations, puissent néanmoins acquérir des droits.

La solidarité financière instaurée entre l'ARRKO et l'AGIRC résout une partie des problèmes auxquels est confronté le régime des cadres. Mais la question fondamentale qui se pose aujourd'hui est celle de l'avenir de l'AGIRC. Celle-ci a joué un rôle majeur dans le développement et la généralisation de la couverture complémentaire retraite en France. Cependant, la logique de sa mise en place en 1947 a voulu que ce soit un régime catégoriel en répartition, conçu comme un complément au régime général au-delà du plafond de cotisation à ce dernier (sur le contexte de l'instauration de l'AGIRC voir Friot, 1994). Le régime des cadres a joué un rôle moteur dans le développement et la généralisation de la retraite complémentaire à l'ensemble des salariés et il a également servi, d'un point de vue technique, de modèle pour la conception des régimes ARRKO. Il a

en outre été un élément déterminant dans la constitution des cadres en tant que groupe social (voir Boltanski, 1982, pp. 148-151) et dans la structuration du paysage syndical français. Son histoire est en effet profondément lié à celle de la CGC, devenue après 1981 la CFE-CGC.

La couverture complémentaire obligatoire des salariés est en quelque sorte rattrapée par sa propre histoire. Elle est aujourd’hui fragilisée par l’élément qui a été à l’origine de son développement et en raison même de caractéristiques qui ont constitué le moteur de celui-ci. De multiples questions s’entremêlent dans la situation actuelle, elles touchent aussi bien aux distinctions pratiquées au sein du salariat qu’à la structuration du système de retraite et à l’organisation des relations professionnelles. Quel est l’avenir de la catégorie des cadres ? Du syndicat, la CFE-CGC, qui a historiquement permis son affirmation sociale ? De son régime de retraite spécifique ?... La CFDT, qui aux élections prud’homales de décembre 1997 a largement distancé la CFE-CGC dans le collège des cadres, défend par exemple depuis plusieurs années l’idée d’une absorption de l’AGIRC par l’ARRCO. Le nouveau régime complémentaire obligatoire unique couvrirait, selon ce projet, l’ensemble des salariés jusqu’à hauteur de trois ou quatre plafonds de la Sécurité sociale (l’AGIRC couvre actuellement jusqu’à hauteur de huit plafonds) ; l’au-delà serait du domaine du volontaire et de la capitalisation. Quoi qu’il en soit des chances d’un tel projet d’aboutir, l’AGIRC constituera très probablement un enjeu majeur dans les années à venir et les choix opérés seront déterminants pour la configuration générale du système de retraite français.

3. DISPOSITIFS COMPLEMENTAIRES VOLONTAIRES

La couverture volontaire joue actuellement un rôle marginal en France en matière de retraite. Le fait que la quasi-totalité des régimes de retraite complémentaires issus de l’initiative des entreprises ou des branches professionnelles se soient fédérés dans deux grandes associations à caractère national et interprofessionnel a laissé peu de place pour le développement de nouveaux dispositifs volontaires. Autrement dit, l’espace qui subsiste pour le volontaire, après que celui-ci ait été en quelque sorte intégré dans l’obligatoire, est mince. Les dispositifs volontaires existants aujourd’hui pour les salariés du privé sont pour l’essentiel de deux types : d’une part, des régimes anciens de grandes entreprises qui se sont maintenus après l’intégration de leurs affiliés dans les régimes ARRCO et AGIRC ; d’autre part, des régimes ou formules exclusivement destinés aux cadres supérieurs et aux dirigeants. Un des traits caractéristiques de cette couverture, du moins pour les dispositifs les plus anciens, est de ne pas avoir donné lieu à un préfinancement systématique des engagements pris.

Depuis quelques années, des évolutions sont cependant perceptibles. Des régimes existants ont connu de profondes transformations, en particulier après l’adoption de la loi du 8 août 1994, et s’inscrivent aujourd’hui dans une logique de préfinancement. Les adaptations à la baisse opérées dans les régimes obligatoires sont, par ailleurs, en train de modifier le contexte et d’ouvrir un champ plus important pour la couverture volontaire. Un débat sur le développement de celle-ci est se déroule depuis le début des années 90. Il a

provisoirement débouché sur une loi incitative, mais celle-ci n'étant pas entrée en vigueur, il semble destiné à se prolonger dans les mois, voire les années à venir.

Après avoir fait le bilan de la situation actuelle, on abordera ensuite successivement l'évolution des pratiques et le débat sur l'introduction de nouveaux dispositifs volontaires.

3.1. Couverture volontaire : bilan de la situation

Les données disponibles en matière de couverture retraite volontaire sont peu nombreuses et fragmentaires (pour plus de détails sur la situation au début des années 90 voir Reynaud, 1994a, pp. 53-65 ; sur les institutions de retraite supplémentaires voir Jourdain-Menninger, Plassart et Ricordeau, 1993). Dans l'ensemble, on retrouve dans le paysage français de la couverture complémentaire volontaire les diverses formules régulièrement mises en place dans les pays industrialisés : régimes d'entreprise ou interentreprises, à prestations définies ou à cotisations définies, préfinancés ou non, financés en interne ou à travers une institution dissociée de l'entreprise, avec ou sans recours à un organisme assureur... Le trait le plus caractéristique de la situation française est sans doute que, avant la loi du 8 août 1994, les initiatives se sont développées sans intervention du législateur. Il s'agit probablement d'une conséquence du rôle marginal joué jusque-là par les dispositifs volontaires du point de vue de la couverture globale.

D'une manière générale, la plupart des grandes entreprises ont mis en place dans le courant des années 50 des régimes de retraite. Ils sont régulièrement qualifiés de régime « chapeau » dans la mesure où ils ont été conçus pour fournir des prestations qui améliorent - chapeautent - celles des régimes obligatoires ; l'objectif visé était de procurer aux salariés de ces entreprises une couverture globale équivalente à celle des fonctionnaires qui était considérée comme la référence. Avec le développement des régimes obligatoires, ces régimes ont perdu de leur sens d'autant que les grandes entreprises ont fréquemment choisi de cotiser au taux maximum dans les régimes ARRCO et AGIRC. En outre, la plupart d'entre eux n'étaient pas préfinancés et ils ont progressivement été confrontés à une augmentation sérieuse de leurs charges. Beaucoup de régimes ont ainsi été fermés à partir des années 70, c'est-à-dire que les nouveaux embauchés n'y ont pas été affiliés et qu'ils n'ont plus fonctionné que pour les salariés déjà affiliés. Les grandes entreprises ont toutefois maintenu des dispositifs pour les cadres supérieurs et les dirigeants. Parallèlement, les petites et moyennes entreprises ont elles-mêmes mis en place, essentiellement depuis le début des années 80, des régimes uniquement destinés aux dirigeants et aux cadres supérieurs.

Trois modalités d'organisation coexistent depuis longtemps : des institutions de retraite supplémentaires (caisses d'entreprise ou interentreprises), des régimes financés en interne, des contrats avec un organisme assureur. Depuis la loi du 8 août 1994, il est également possible d'instaurer une institution de prévoyance d'entreprise ou de branche ; mais cette possibilité se situe déjà par sa nouveauté au-delà du bilan qui va être dressé ici et renvoie au paragraphe suivant où sera abordée l'évolution des pratiques.

C'est globalement en matière de retraite que la situation est à la fois la plus complexe, la plus diversifiée et la moins stabilisée (on consultera sur ce point avec profit Laigre, 1995a et 1995b).

3.1.1. Institutions de retraite supplémentaire

Les institutions de retraité supplémentaire constituent la forme juridique la plus proche du fonds de pension de type britannique, si ce n'est qu'elles ont un caractère paritaire. Le législateur a décidé de « geler » ce type d'institutions en n'autorisant plus la création de nouvelles caisses (loi du 8 août 1994). La seule exception concerne le cas des salariés dont l'entreprise viendrait à entrer dans le champ des compensations ARRCO et AGIRC : une institution de retraite supplémentaire pourra être créée à l'occasion pour garantir le maintien des droits acquis au-delà de la couverture assurée par les régimes obligatoires. Cette situation est susceptible de se produire pour les salariés appartenant aux quelques régimes complémentaires non compensés, mais aussi pour ceux relevant d'un régime spécial du secteur public qui serait supprimé lors de la privatisation de leur entreprise.

Fin 1996, il existe 121 institutions de retraite supplémentaire (112 en activité et 9 en cours de dissolution), mais les deux tiers d'entre elles sont fermées aux nouveaux embauchés. Il s'agit pour la plupart de caisses d'entreprise qui appartiennent essentiellement aux secteurs de la chimie, de la métallurgie et de l'industrie pétrolière ; il y a également quelques caisses sectorielles et catégorielles.

Un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) et de la Commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaires et des mutuelles fournit des éléments sur la situation de ces caisses et sur les régimes qu'elles mettent en oeuvre (voir Jourdain-Menninger, Plassart et Ricordeau, 1993). Il rend compte d'une enquête réalisée auprès des dix caisses les plus importantes, respectivement les caisses d'Elf-Aquitaine, d'Usinor-Sacilor, de Shell, de Saint-Gobain, d'Esso, la CREPPSA (caisse du personnel des sociétés d'assurances), l'IRICASE (caisse de cadres supérieurs), les caisses de Rhône-Poulenc, de BP et de la Compagnie générale maritime (CGM). Ces dix caisses représentent en 1993 environ 70 % de la masse des prestations versées par ce type d'institutions. La moitié d'entre elles sont fermées aux nouveaux embauchés et ne fonctionnent plus que pour les salariés déjà affiliés (caisses d'Usinor-Sacilor, de Saint-Gobain, de BP, de Rhône-Poulenc et de la CGM). Pour certaines, la fermeture est ancienne ; elle date par exemple de 1969 pour la caisse d'Usinor-Sacilor et de 1970 pour celle de la CGM.

Les régimes mis en oeuvre sont tous à prestations définies et de type différentiel⁹, à l'exception de celui de l'IRICASE qui est de type additif. En moyenne, la pension est

9. Les régimes à prestations définies sont, soit différentiels, soit additifs. Dans le premier cas, l'engagement consiste à intégrer les prestations des différents régimes (régime général, régimes complémentaires obligatoires, régime d'entreprise) et à garantir une pension globale égale à un pourcentage du dernier salaire ou d'un salaire de référence. Dans le deuxième cas, l'engagement ne prend pas en compte les régimes obligatoires, il ne

calculée sur la base de 65 % du dernier salaire pour une carrière de 37,5 ans, déduction faite des pensions versées par les régimes obligatoires. Dans certaines caisses, ce taux peut atteindre 80 %, voire 90% pour un salarié ayant effectué la carrière maximum validable. Toutes les caisses prévoient une clause de sauvegarde qui permet, en cas de baisse de leurs ressources, de réduire les prestations promises ; aucune ne l'a jusque-là appliquée. La valeur de la pension annuelle moyenne est d'environ 27 000 F et près de 60 % des retraités ne reçoivent pas de pension. Pour beaucoup, le différentiel garanti par le régime n'a en effet pas à jouer en raison du niveau des pensions versées par les régimes obligatoires. Dans certains cas également, les bénéficiaires potentiels ne remplissent pas les conditions d'ancienneté requises pour toucher une pension.

Le financement des régimes est exclusivement patronal et se fait le plus souvent par subvention d'équilibre. La seule exception est celle de la caisse du personnel des sociétés d'assurances dans laquelle le financement comprend une participation des salariés. Le préfinancement systématique des prestations n'est dans l'ensemble pas pratiqué. Aucune caisse ne dispose notamment de réserves correspondant à la hauteur des engagements pris ; au mieux, les réserves ne représentent que quatre années de prestations. Pour les dix caisses, l'IGAS et la Commission de contrôle évaluent les engagements à 45 milliards de francs, sur lesquels environ 5 milliards seulement ont fait l'objet d'un préfinancement, soit dans les comptes de l'entreprise, soit par la constitution de réserves dans la caisse de retraite, soit encore à travers un contrat auprès d'une compagnie d'assurances.

Cette enquête montre la grande fragilité financière des régimes d'entreprise. Un questionnaire envoyé parallèlement aux caisses de moindre importance va dans le même sens. Parmi les caisses ayant répondu (une quarantaine sur une centaine de caisses), environ la moitié sont fermées et parfois depuis très longtemps. Beaucoup n'ont qu'un nombre très réduit de bénéficiaires. La grande majorité des régimes sont à prestations définies (60 % différentiels et 40 % additifs) et les pensions versées sont relativement élevées, en moyenne de l'ordre de 26 000 F par an. A quelques exceptions près, les petites caisses n'ont pas préfinancé leurs engagements et certaines ont d'ailleurs fait jouer la clause de sauvegarde leur permettant de diminuer les prestations promises. La nécessité de protéger les intérêts des salariés concernés a été l'argument mis en avant pour geler ce type d'institution. Les institutions de retraite supplémentaire existantes sont en effet le plus souvent dans une situation financière fragile dans la mesure où la plupart d'entre elles n'ont pas, ou que très peu, préfinancé leurs engagements.

La loi du 8 août 1994 a sensiblement modifié les choses. En même temps qu'elle a mis en extinction la forme juridique que représentent les institutions de retraite supplémentaire, elle leur a imposé la constitution de provisions pour les engagements nés après le 10 août 1994. Cela, on va le voir, a largement contribué à une évolution des pratiques et a induit de profonds changements.

concerne que le montant de la pension qui viendra s'ajouter aux prestations de ceux-ci, indépendamment de leur niveau.

3.1.2. Financement en interne

Cette modalité, dans lequel le financement des prestations est directement assuré par l'employeur, est fréquemment qualifiée de régime « auto-assuré ». La loi ne restreint pas cette pratique, elle oblige seulement l'entreprise à faire figurer une évaluation de ses engagements dans l'annexe du bilan ; elle est en outre susceptible de constituer des provisions pour pensions dans le bilan lui-même, mais cette pratique est neutre du point de vue fiscal.

Bien que la législation n'impose pas de constituer une provision comptable, l'ensemble de la doctrine n'en considère pas moins que les engagements correspondant aux salariés retraités doivent obligatoirement s'inscrire au bilan sous forme de provision (il ne s'agit plus d'un engagement mais d'une dette provisionnée). En ce qui concerne les engagements vis-à-vis des salariés actifs, l'entreprise a la possibilité de les provisionner mais n'y est pas tenue; n'interviennent en la matière que des recommandations de la part d'organismes professionnels. L'Ordre des experts comptables et des comptables agréés (OECCA), le Conseil national des commissaires aux comptes (CNCC) et l'International accounting standards committee (IASC) recommandent ainsi de constituer une provision pour les engagements vis-à-vis des actifs. En revanche, l'autorité de contrôle des marchés des valeurs mobilières, la Commission des opérations de bourse (COB), autorise les entreprises à ne comptabiliser que les engagements relatifs aux retraités.

Aucune donnée statistique ne permet aujourd'hui d'évaluer l'étendue exacte de ce mode de financement, mais il a probablement un poids important. B. Brugirard (1991, p. 135) a relevé dans les bilans de quelques grandes entreprises françaises le montant des engagements pour pensions et indemnités de fin de carrière qui y figuraient. Les sommes en jeu à l'époque étaient élevées : 14 milliards de francs pour Elf-Aquitaine, 9 milliards pour Pechiney, 7 milliards pour Saint-Gobain, 5 milliards pour la Compagnie générale d'électricité (Alcatel-Alsthom). Pour qualifier ce type d'engagements, on fait régulièrement référence depuis plusieurs années dans les milieux professionnels à la notion de « passif social » des entreprises, c'est-à-dire « la part non financée des engagements différés en matière de couverture sociale, consentis par les entreprises à leurs salariés » (*ibid.*, p. 133). Au début des années 90, ces engagements non préfinancés, en incluant les indemnités de fin de carrière dues par les entreprises, étaient évalués (hors régimes du secteur bancaire qui ont intégré l'ARRCO et l'AGIRC en 1994) à au moins 400 milliards de francs, soit 10 % en moyenne des capitaux propres des entreprises (*ibid.*, p. 134).

Du point de vue du type de régime mis en oeuvre, le financement en interne implique par construction un régime à prestations définies et un financement exclusivement patronal.

Les contraintes qui s'imposent concernant le provisionnement des engagements gérés en interne par les entreprises elles-mêmes restent très limitées (seuls les engagements correspondant aux salariés retraités doivent être inscrits au bilan sous forme de provision). D'une manière générale, qu'ils soient financés en interne ou en externe, la plupart des dispositifs d'entreprise aujourd'hui en activité sont à prestations définies. Ils comportent très fréquemment une clause dite de sauvegarde qui prévoit que les prestations pourront être

réduites en cas de baisse des ressources du régime ou de baisse des résultats de l'entreprise.

3.1.3. Contrat auprès d'un organisme assureur

Trois types d'organismes assureurs peuvent intervenir : les institutions de prévoyance, les mutuelles et les compagnies d'assurances. De fait, l'essentiel des opérations a été jusqu'à présent réalisé par les compagnies d'assurances. Les comptes de celles-ci, tels qu'ils sont fixés par le code des assurances, ne permettent pas d'isoler l'activité retraite d'entreprise. Cependant, toutes les données disponibles convergent pour indiquer que l'activité est relativement faible, de l'ordre de 10 à 11 milliards de francs par an, et qu'elle ne se développe pas, cela malgré les efforts entrepris par les assureurs depuis plusieurs années. Les compagnies d'assurances, dont certaines ont été spécifiquement créées pour ce marché (par exemple AXIVA du groupe AXA), ont même parfois du mal à maintenir leur chiffre d'affaires. Les contrats sont en effet souvent des contrats à prime unique souscrits par des entreprises qui décident d'externaliser leurs engagements. Rhône-Poulenc a ainsi versé en 1988 une prime unique d'environ 3 milliards de francs qui, d'après une enquête du Bureau commun d'assurances collectives (BCAC), représentait près du tiers du chiffre d'affaires des opérations retraite d'entreprise de l'année (10,1 milliards).

L'avantage majeur pour l'entreprise du recours à un organisme assureur tient au fait que ses versements peuvent être déduits du bénéfice imposable, ce qui n'est pas le cas lorsqu'elle constitue des provisions en interne. En contrepartie, le contrat doit prévoir que l'entreprise s'est définitivement dessaisie des sommes versées et n'en a plus la disposition. Par ailleurs, le terme « organisme assureur » ne doit pas prêter à confusion. Il ne s'agit pas de contrats d'assurance au sens strict, mais en réalité de contrats de gestion financière : des fonds collectifs - cantonnés ou non selon le contrat - sont alimentés par les primes et les produits financiers et débités des prestations. Il n'y a aucun engagement de la part de l'assureur en ce qui concerne les prestations ; celles-ci ne seront payées qu'à hauteur du fonds.

Les dispositifs ayant recours à un organisme assureur sont fortement marqués par des considérations d'ordre fiscal. Deux articles du code général des impôts ont en particulier joué un rôle majeur : l'article 39 et l'article 83. Ces articles ont été tellement déterminants dans la conception des produits proposés par les assureurs que ceux-ci en sont venus à les utiliser pour qualifier les contrats qu'ils proposent. Dans le langage courant du milieu de l'assurance, les régimes à prestations définies sont ainsi devenus des « articles 39 » et ceux à cotisations définies des « articles 83 ». Les deux articles n'ont en fait pas du tout le même objet : l'article 39 prévoit la déduction des charges de personnel du bénéfice net des entreprises ; l'article 83 définit les conditions dans lesquelles les cotisations sociales peuvent être déduites de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Pour qu'un dispositif de retraite bénéficie des déductions des cotisations du revenu imposable prévues par l'article 83, il doit évidemment satisfaire aux mêmes conditions que tout autre couverture complémentaire : dispositif collectif à adhésion obligatoire s'appliquant

à tout le personnel appartenant à une catégorie donnée ; participation de l'employeur au financement, taux de cotisation uniforme pour tous les salariés appartenant à une même catégorie. En outre, il doit verser uniquement une pension, à l'exclusion de tout capital, et au plus tôt à l'âge normal de départ à la retraite. Les contrats « articles 83 » conçus par les assureurs respectent ces conditions (il s'agit plus précisément de l'article 83-2° et, surtout, des commentaires de l'administration fiscale dans l'instruction du 5 décembre 1985). Techniquelement, ce sont des contrats d'assurance vie « rente différée ». Ces contrats constituent des régimes à cotisations définies classiques, c'est-à-dire que l'employeur ne s'engage pas sur le montant des pensions versées mais seulement sur le versement des cotisations, les pensions sont fonction des rendements obtenus sur les placements.

Le seuil de déductibilité appliqué leur laisse une marge qui est loin d'être négligeable. G. Briens (1990, pp. 152 et 153) l'évalue par exemple à 128 490,54 F pour l'année 1990 dans le cas d'un cadre dont la rémunération est de 320 360 F et qui cotise au maximum aux régimes complémentaires obligatoires. Même si l'on tient compte du fait que ce plafond s'applique à la fois aux cotisations de retraite et à celles de prévoyance (couverture du décès, de l'incapacité de travail, de l'invalidité et du remboursement des soins de santé), cela signifie que les contrats à cotisations définies ont sur le plan fiscal un espace important pour se développer. Ils n'ont cependant connu jusque-là qu'un succès limité.

Le recours à l'article 39 vise à faire échapper les contributions versées à l'assureur au plafond fixé par l'article 83 pour l'exonération des cotisations (pour une analyse fouillée de cette question cf. Barthélémy, 1991). Le raisonnement consiste à mettre en avant que, dans un régime à prestations définies, la contribution de l'employeur n'est pas destinée à un affilié en particulier mais à une catégorie dans son ensemble : n'étant pas susceptible d'être individualisée, elle ne relève pas de la logique de la cotisation sociale et donc du champ d'application de l'article 83. L'argumentation repose en dernier recours sur le fait que la contribution ne peut pas être considérée comme un élément de la rémunération de l'affilié dans la mesure où les droits acquis et les prestations proposées ont pour lui un caractère aléatoire. Une telle construction va complètement à l'encontre de la tendance qui se manifeste depuis de nombreuses années dans les pays industrialisés et qui consiste à préserver les droits acquis dans un régime d'entreprise après une certaine durée d'affiliation (voir par exemple apRoberts et Reynaud, 1992). La justification de la déductibilité de la contribution au régime par le caractère aléatoire des droits qu'il délivre exclut de fait toute possibilité de préservation de ces droits : elle implique que le bénéfice des prestations promises soit subordonné à la présence dans l'entreprise au moment de la cessation d'activité. Cette construction à partir du droit fiscal bute en outre sur le fait que l'argumentation développée tend à ne pas être suivie par les organismes chargés de collecter les cotisations sociales. Ceux-ci considèrent que les contributions doivent entrer dans l'assiette des cotisations, ce qui rend nettement moins avantageux le montage.

Pour faire échapper les cotisations retraite au plafond fixé par l'article 83-2°, les assureurs ont développé une stratégie qui consiste à proposer des contrats à prestations définies dont le versement de la prestation est subordonné à la présence du salarié dans l'entreprise lors de son départ à la retraite. Autrement dit, l'exonération fiscale est obtenue au prix de la non-préservation des droits. (Ces contrats sont qualifiés d'« articles 39 » par

les assureurs, en référence à l'article du code général des impôts qui prévoit les conditions de déduction de charges de personnel du bénéfice net des entreprises et en fonction duquel ils ont été construits.)

D'une manière générale, les contrats article 39 proposés par les compagnies d'assurance concernent essentiellement les dirigeants et les cadres supérieurs. Dans les petites entreprises, il s'agit souvent de l'entrepreneur salarié et d'un ou deux collaborateurs (la déduction des contributions suppose que le régime s'applique obligatoirement à une catégorie de salariés, qui plus est objectivement définie, et non à un seul).

Plus globalement, malgré l'indéniable clarification apportée par la création du livre IX du code de la Sécurité sociale, un certain nombre d'incohérences demeurent. Elles tiennent essentiellement à l'imbrication des différents droits en présence et cela dans un contexte caractérisé par le poids croissant qu'a pris le droit fiscal en la matière. L'exemple le plus marquant est celui des contrats qualifiés d'« articles 39 » par les assureurs. La combinaison de dispositions issues du code général des impôts et du code des assurances a conduit à mettre en place des dispositifs qui s'appliquent obligatoirement à une catégorie de salariés, subordonnent le versement de la prestation à la présence dans l'entreprise lors de la cessation d'activité et ne prévoient pas la possibilité de cotisations salariales. Ces dispositifs ne concernent qu'un nombre extrêmement réduit de salariés percevant des salaires très élevés, mais il n'en sont pas moins révélateurs de l'incohérence de la situation actuelle du point de vue de la couverture volontaire.

Dans l'ensemble, les sommes collectées par les sociétés d'assurances au titre des deux types de contrats sont relativement faibles. En 1996, elles représentent 3,1 milliards de francs pour les contrats à prestations définies article 39 et 5,9 milliards pour les contrats à cotisations définies article 83. La même année, les provisions mathématiques correspondantes s'élèvent respectivement à 26,1 milliards pour les premiers et à 73,5 milliards pour les seconds (FFSA, 1997, p. 12).

3.2. Evolution des pratiques

Depuis quelques années, une nette évolution des pratiques est perceptible en matière de retraite professionnelle. L'adoption de la loi du 8 août 1994 y est évidemment pour beaucoup, mais d'autres éléments interviennent également. Quelques grandes entreprises françaises, engagées dans le processus d'internationalisation croissante de l'économie mondiale, ont adopté les normes comptables anglo-saxonnes et, sans y être tenues par la législation nationale, à provisionner dans leur bilan leurs engagements de retraite. Cela constitue en particulier pour elles une nécessité si elles veulent être cotées sur Wall Street. Par ailleurs, sans attendre l'adoption éventuelle d'une nouvelle loi sur les dispositifs volontaires, plusieurs initiatives se sont développées à partir des dispositions actuellement en vigueur. Le marché de la retraite professionnelle a malgré tout du mal à démarrer comme le montre l'expérience des contrats « Madelin » destinés aux travailleurs indépendants et commercialisés à partir de 1994.

3.2.1. Un mouvement vers une logique de préfinancement

De nombreuses grandes entreprises ont totalement transformé leur régime de retraite à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 8 août 1994. Ces modifications vont dans le sens de la mise en oeuvre d'une logique de préfinancement intégral des retraites à travers différents types de formules à cotisations définies. A titre d'exemple, on peut citer Total qui a introduit à partir du 1er janvier 1995 dans son secteur pétrole un compte épargne retraite en utilisant les dispositions prévues en matière de plan d'épargne d'entreprise (PEE). Ce dispositif se substitue au précédent régime maison dont les engagements n'étaient pas préfinancés. Le nouveau plan fonctionne selon le principe de versements volontaires de la part des salariés avec abondement de l'employeur. Les fonds sont investis pour un tiers au minimum en actions Total. La sortie se fait en capital et elle est susceptible d'intervenir au bout de dix ans. Ce capital peut éventuellement être converti en rente défiscalisée dans le cadre d'un plan d'épargne populaire (PEP) bénéficiant du régime fiscal de l'assurance-vie.

Plusieurs dispositifs ont également été créés en respectant les conditions prévues par l'article 83 du code général des impôts pour bénéficier de la déductibilité des cotisations de l'impôt sur le revenu des personnes physiques. Cela a notamment été le cas dans plusieurs banques à la suite de l'intégration en janvier 1994 dans les régimes ARRCO et AGIRC. Début 1995, la Société Générale a par exemple décidé de créer un régime à cotisations définies auquel seront affiliés tous les salariés de la banque ayant un an d'ancienneté. En février 1995, les employeurs et certains syndicats du secteur de l'assurance ont signé un accord qui prévoit de substituer au régime à prestations définies du personnel du secteur (mis en oeuvre par la CREPPSA) un régime en capitalisation à cotisations définies. L'entrée en vigueur de celui-ci était à l'origine prévue pour le 1er janvier 1996, mais celle-ci a été repoussée du fait de l'opposition de plusieurs syndicats au projet. Elf-Aquitaine a fermé son institution de retraite supplémentaire en 1995 et a créé une institution de prévoyance d'entreprise pour gérer un nouveau régime à cotisations définies qui s'applique aux droits nouvellement acquis.

Autre tendance, toujours dans le cadre prévu par l'article 83, des institutions paritaires appartenant à des groupes impliqués dans la gestion des régimes ARRCO et AGIRC se sont engagées dans la conception et la promotion de produits de retraite en capitalisation. La Fédération CRI a ouvert la voie en 1993 en concevant un régime à cotisations définies, IREX (Institution retraite expansion), qui fonctionne selon un principe d'unités de compte et établit une solidarité entre l'ensemble des membres, affiliés et bénéficiaires. D'autres groupes d'institutions paritaires ont suivi par la suite.

Ces diverses initiatives marquent un mouvement en cours vers une logique de préfinancement des retraites. Comme si les réticences vis-à-vis de la capitalisation, vivaces en France, étaient peu à peu en train de s'estomper. Il s'agit cependant dans l'ensemble d'exemples assez isolés et qui représentent plus une remise en ordre d'anciens dispositifs défaillants que l'amorce d'une dynamique nouvelle. D'une manière générale, le marché de la retraite professionnelle reste réduit et il ne se développe toujours pas ; comme le constate la FFSA, le chiffre d'affaires des sociétés d'assurances est dans ce domaine

constant depuis plusieurs années (FFSA, 1997, p. 12). L'expérience des contrats Madelin conçus en 1994 pour les travailleurs indépendants n'est pas particulièrement encourageante sur ce point.

3.2.2. Les contrats Madelin pour les travailleurs indépendants

La loi du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « loi Madelin », comporte plusieurs dispositions concernant la protection sociale des travailleurs indépendants. Du point de vue de la couverture retraite volontaire, elle vise à aligner la situation des travailleurs indépendants en matière de déduction fiscale sur celle des salariés. L'adoption de cette loi a été vue par beaucoup d'intervenants comme la préfiguration de ce que pourraient être les nouveaux dispositifs volontaires en France, autrement dit ce que certains ont baptisé les « fonds de pension à la française ».

Les principales caractéristiques que doivent respecter les dispositifs pour bénéficier des déductions fiscales sont les suivantes :

- . il s'agit de contrats d'assurance de groupe qui peuvent être souscrits par un groupement constitué sous forme d'association et comptant au moins 1 000 membres qui exercent ou ont exercé une activité non salariée non agricole ;
- . la sortie se fait obligatoirement sous forme de rente viagère ;
- . le rachat du contrat (versement d'un capital) n'est possible qu'en cas d'invalidité entraînant une incapacité totale à exercer une profession quelconque ou en cas de cessation d'activité suite à une liquidation judiciaire ;
- . la périodicité du versement des primes ou des cotisations ne doit pas être supérieure à un an ;
- . les adhérents peuvent opter chaque année pour une cotisation dont le montant est compris entre un minimum et un maximum égal à dix fois le montant de la cotisation minimale (le minimum varie tous les ans parallèlement au plafond de la Sécurité sociale) ;
- . des rachats de cotisations sont possibles pour la période comprise entre la date d'affiliation au régime de base obligatoire et celle de la souscription du contrat d'assurance de groupe (le montant de la cotisation supplémentaire versée au cours d'une année donnée doit être égal à celui de la cotisation fixée pour la même année) ;
- . toute personne qui demande son adhésion à un contrat d'assurance de groupe doit justifier qu'elle est à jour du paiement de ses cotisations auprès des régimes obligatoires (vieillesse et maladie), cela en produisant une attestation délivrée par les caisses concernées.

Outre la couverture retraite, la loi Madelin prévoit également la possibilité de contrats de prévoyance complémentaire (indemnités en cas de maladie, remboursements de frais médicaux, capital ou rente en cas de décès ou d'invalidité permanente) et de contrats d'assurance perte d'emploi.

Les déductions fiscales possibles sont importantes. Elles sont alignées sur les conditions prévues pour les salariés (c'est-à-dire l'article 83-2° du code général des impôts). L'ensemble des cotisations versées aux régimes de retraite obligatoires (de base et complémentaire), aux régimes facultatifs et aux nouveaux contrats d'assurance groupe sont déductibles des bénéfices professionnels dans la limite de 19 % d'une somme égale à huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. A l'intérieur de cette limite, la déduction des cotisations versées au titre des dispositifs de prévoyance complémentaire et d'assurance perte d'emploi ne peuvent excéder respectivement 3 % et 1,5 % du plafond ci-dessus. Compte tenu, des différences de cotisations aux régimes obligatoires, l'espace laissé aux nouveaux dispositifs volontaires pour des versements défiscalisés varie, en particulier selon les catégories de travailleurs indépendants, mais il est toujours important, voire très important. En moyenne de l'ordre de 150 000 F, il peut dans certain cas atteindre 200 000 F.

Malgré les avantages fiscaux accordés, les contrats Madelin n'ont rencontré qu'un succès relativement limité, qui a déçu l'attente des professionnels de l'assurance. Le premier bilan dressé en février 1995 par le ministère des Entreprises et du Développement économique faisait état de la souscription de 60 000 contrats retraite et de 40 000 contrats prévoyance, sur plus de 1,5 million de travailleurs indépendants susceptibles de souscrire de tels contrats. En 1996, le chiffre d'affaires des sociétés d'assurances au titre des contrats Madelin est de 1,8 milliard de francs (FFSA, 1997, p. 12). Il semble notamment que la sortie obligatoire en rente soit un frein à la souscription et que les souscripteurs potentiels s'interrogent sur l'intérêt des nouveaux dispositifs par rapport à d'autres types de contrats ou d'autres modalités d'épargne en vue de la retraite.

Les contrats Madelin ont, quoi qu'il en soit, été loin de répondre aux espoirs que mettaient en eux les compagnies d'assurances et cela malgré un gros effort de promotion accompli par celles-ci. Il n'est évidemment pas possible de transposer directement aux salariés l'exemple des non-salariés, ces derniers inscrivent en effet traditionnellement leur préparation financière de la retraite dans une logique d'accumulation patrimoniale. Ils peuvent ainsi être particulièrement réticents à l'idée de s'engager dans des dispositifs qui débouchent sur le versement d'un flux de revenu, une rente viagère, plutôt que sur le paiement d'un capital. Toutefois, l'accueil mitigé des contrats Madelin est à mettre en parallèle avec l'exemple des régimes volontaires de la fonction publique, le CREF et la Préfon, qui ne comprennent ensemble qu'un nombre relativement limité d'affiliés par rapport à la population à laquelle ils s'adressent (voir Reynaud, 1994a, pp. 61-64). De tels constats confirment en tout cas les questions que l'on peut se poser sur la place dont disposent réellement en France les dispositifs volontaires pour se développer et sur le rôle qu'ils sont susceptibles de jouer.

3.3. Le débat sur l'introduction de « fonds de pension »

Un débat sur l'introduction de nouveaux dispositifs de retraite en capitalisation se déroule en France depuis le début des années 90. Il est marqué par deux caractéristiques principales. D'une part, il a été initié par les fournisseurs de produits (à l'origine les compagnies d'assurances), désireux de développer un marché, et non par les employeurs qui éprouveraient le besoin d'instaurer une nouvelle couverture au sein de l'entreprise ou de la branche. D'autre part, il a pris une tournure très économique, voire financière en fin de période. La création de dispositifs en capitalisation a ainsi été successivement présentée comme un moyen privilégié de favoriser le développement de l'épargne longue, puis de renforcer les fonds propres des entreprises, d'animer la place financière de Paris et, enfin, plus récemment, d'éviter que les grandes entreprises françaises cotées ne passent sous contrôle étranger.

Les difficultés commerciales rencontrées par les assureurs à l'occasion de l'introduction des contrats Madelin et le développement parallèle d'initiatives de la part des grandes entreprises incitent à s'intéresser tout particulièrement à l'expérience de ces dernières. Le débat en France sur la retraite volontaire a été, on va le voir, initié et constamment alimenté depuis plusieurs années par les fournisseurs de produits, au premier rang desquels les assureurs. Cependant, dans le même temps, des transformations importantes ont été opérées en matière de retraite au sein des grandes entreprises, et cela sans répercussions sensibles sur les comptes des sociétés d'assurances. L'analyse en profondeur de ces transformations fournirait très probablement des renseignements précieux sur les évolutions en cours et sur les lignes de force qui les sous-tendent. Il conviendrait pour ce faire d'apprécier aussi les évolutions de la demande des entreprises en matière de retraite, en fonction de leurs besoins financiers (fonds propres et contrôle des droits de vote des actionnaires), de leurs besoins en gestion de la main-d'œuvre et des modifications dans les dispositions réglementaires engagées par l'Etat. On peut à ce propos se demander si l'épargne salariale ne répond pas de façon moins conflictuelle que les régimes de retraite supplémentaire à la demande des entreprises. Il serait utile de faire l'état des lieux des pratiques des entreprises en la matière (participation, intéressement, actionnariat, plans d'épargne d'entreprise).

Du point de vue du déroulement du débat, l'on peut noter que l'introduction de nouveaux dispositifs en capitalisation a chaque fois été défendue sur la base de préoccupations du moment et que l'argumentation s'est modifiée à mesure que celles-ci évoluaient. Les capacités successives prêtées aux « fonds de pension » répondent ainsi quasi systématiquement à des inquiétudes ponctuelles : le poids de l'épargne courte et des SICAV monétaires au début des années 90, le constat de la situation défavorable des entreprises françaises (notamment par rapport aux entreprises allemandes) en matière de fonds propres par la suite, la prise de conscience enfin du poids croissant des fonds de pension anglo-saxons sur les marchés financiers en général et sur la place parisienne en particulier. Sur ce dernier point, le passage, au cours du quatrième trimestre 1997, de la proportion d'actionnaires étrangers au-dessus de la barre des 50 % dans la plus grosse capitalisation boursière du moment à Paris, Elf-Aquitaine, a notamment eu un effet symbolique fort et, fin 1997-début 1998, l'argumentation en faveur des dispositifs en

capitalisation s'appuie essentiellement sur la défense du caractère national de la propriété des entreprises françaises.

Il serait sans doute instructif, pour la compréhension du processus en cours, de reprendre la succession des arguments utilisés par les partisans d'une nouvelle législation incitative et de les confronter au contexte économique de la période et au discours que celui-ci suscitait. Plus globalement, la volonté d'introduire de nouveaux dispositifs en capitalisation doit être mise en parallèle avec le contexte de désintermédiation et de déréglementation financière et ses conséquences sur l'évolution du capitalisme français, tant du point de vue de ses formes institutionnelles que de ses conditions macroéconomiques d'ensemble. Dans le premier cas, il s'agit de s'interroger sur la montée en puissance des financiers vis-à-vis des industriels, sur l'avenir du système de participations croisées, sur l'influence au plan international des actionnaires et de leurs représentants face au management (*corporate governance*). Dans le deuxième cas, on peut se demander si de nouvelles modalités de partage des gains de productivité dictées par les marchés financiers et leurs principaux opérateurs, les fonds de pension, ne sont pas en train de se mettre en place en faveur des détenteurs de capital et au détriment des salariés. En effet, les arbitrages opérés par ces fonds en matière de placements entre les différentes places boursières ne conduisent-ils pas à diffuser et à soumettre progressivement les entreprises françaises (et celles des autres pays industrialisés) à des normes de rentabilité et à des critères de gestion en vigueur sur les marchés américains ?

D'une manière générale, le débat lui-même sur l'introduction d'une nouvelle couverture retraite volontaire a été jusque-là largement structuré par l'expression des intérêts divergents des principaux acteurs en présence : compagnies d'assurances, banques, grandes entreprises. Il a provisoirement débouché sur la loi du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite, dite loi Thomas. Celle-ci est en quelque sorte une solution de compromis ou, plutôt, l'expression du rapport de forces entre les uns et les autres fin 1996-début 1997. Elle représente une rupture importante dans le mode de construction du système de retraite français et elle introduit une nouvelle logique dans la conception de la couverture retraite complémentaire. Son entrée en application a cependant été remise en cause par le changement de majorité parlementaire en juin 1997 et, début 1998, le débat sur le rôle que sont susceptibles de jouer de nouveaux dispositifs volontaires dans le système de retraite français reste ouvert. On va retracer dans un premier temps les grandes lignes du débat tel qu'il s'est déroulé avant l'adoption de la loi Thomas, puis on abordera ensuite les principales caractéristiques de celle-ci.

3.3.1. Confrontation entre intérêts divergents

Les assureurs ont lancé le débat au début des années 90 par l'intermédiaire de leur fédération professionnelle, la FFSA, et de son président de l'époque, Denis Kessler, qui s'est beaucoup investi dans cette initiative. Leur premier succès a été d'ordre sémantique. Ils ont introduit un nouveau terme dans la langue française, fonds de pension, et ont réussi à en généraliser l'usage pour désigner dans le langage courant de futurs dispositifs en capitalisation. Cela constitue une belle réussite du point de vue de la communication.

L'intérêt est en effet double pour les assureurs. Le terme fonds de pension est la transcription littérale de l'anglais *pension fund*. Alors qu'avant le débat actuel, il était traduit par caisse de retraite, il en est venu à remplacer le mot capitalisation, qui conserve aujourd'hui encore une connotation négative chez les Français lorsqu'il s'applique au financement des retraites. La substitution d'un terme qui suscite, sinon l'attraction, du moins l'intérêt ou la curiosité à un terme qui tend à provoquer la répulsion représente de toute évidence un avantage au plan commercial. En outre, en imposant l'idée que le fonds de pension est un produit vendu par les compagnies d'assurance, celles-ci entrent l'émergence en France de ce qu'on appelle dans les pays anglo-saxons un fonds de pension, c'est-à-dire une caisse de retraite à but non lucratif.

Ce succès sémantique, qui permet le double sens du mot fonds - aussi bien capital accumulé qu'organisme destiné à gérer des sommes affectées à une utilisation déterminée -, est à rapprocher de deux constatations. D'une part, il s'inscrit dans le même mouvement qui a conduit à la mise en extinction de la forme juridique correspondant en France au fonds de pension anglo-saxon, l'institution de retraite supplémentaire. D'autre part, les fonds de pension, au sens originel du terme, sont susceptibles là où ils existent d'être de redoutables concurrents pour les compagnies d'assurances. Au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, ils ont au cours de l'histoire très largement écarté celles-ci du marché de la retraite professionnelle (voir Hannah, 1986 et Sass, 1996). Autrement dit, en obtenant que la notion de fonds de pension soit associée dans le sens commun à un produit commercial (un contrat d'assurance) et non à une forme juridique, les assureurs français ont pour le moment réussi à se prémunir contre un tel risque.

Au-delà de ce succès remporté par les assureurs, chaque groupe a présenté son propre projet concernant une nouvelle législation. Deux clivages majeurs se sont assez rapidement manifestés. Le premier a opposé partisans de dispositifs externes aux entreprises (assureurs et banquiers) et partisans du provisionnement des engagements au bilan de celles-ci (grandes entreprises). Les raisons d'un tel clivage sont simples : l'externalisation assure un marché aux compagnies d'assurances et aux banques et les provisions au bilan permettent aux entreprises de dégager des ressources susceptibles d'être investies. L'organisation patronale, le CNPF, n'a dans un premier temps pas tranché sur ce point et son projet de « fonds de retraite », présenté en octobre 1993, reprenait les deux formules. Le deuxième clivage a mis face à face assureurs et banquiers. Il concernait les conditions de sortie des dispositifs : les assureurs insistaient pour que celle-ci se fasse exclusivement en rente viagère et les banquiers voulaient laisser le libre choix entre sortie en rente et sortie en capital. L'opposition était très forte et elle est, là aussi, facile à expliquer : seuls les compagnies d'assurances sont autorisées à vendre des rentes viagères. Le CNPF a, comme pour le premier clivage, opté pour une solution de compromis, qui ne satisfaisait aucune des deux parties : une option possible, mais dès l'entrée dans le dispositif.

Les entreprises ont dans leur ensemble été peu présentes dans le débat. Seules se sont vraiment manifestées les grandes entreprises, en particulier à travers l'Association française des entreprises privées (AFEP) qui rassemble les soixante-six premiers groupes privés français. La plupart d'entre elles disposaient déjà de régimes maison, le plus souvent

non préfinancés, et étaient favorables au système des provisions au bilan que pratiquent leurs concurrentes allemandes (voir Reynaud, 1992a, pp. 186-223). D'une manière générale, les employeurs semblent plus percevoir la couverture volontaire comme une augmentation supplémentaire des charges sociales que comme un instrument utile de politique de gestion du personnel. Les représentants des petites et moyennes entreprises se montrent en outre assez sceptiques sur les retombées en matière de fonds propres pour leurs entreprises.

Les syndicats ont également très peu participé au débat. L'accent était surtout mis par les confédérations sur la défense des régimes complémentaires obligatoires, en particulier face aux attaques que ces derniers subissaient de la part des assureurs. Cependant, la CFDT a depuis plusieurs années formulé le projet d'une épargne salariale, qu'elle distingue de la retraite : il s'agirait d'une épargne ayant des finalités diversifiées pour les salariés, la retraite n'étant qu'une motivation parmi d'autres (équipement du ménage, étude des enfants, année sabbatique...). Et, fin 1994, la fédération des Finances CGT, dans le cadre de son combat contre la privatisation de la Caisse nationale de prévoyance (CNP), a avancé la proposition d'un « fonds de prévoyance » dont une partie des placements répondrait à des objectifs d'utilité sociale.

Les gouvernements successifs (derniers gouvernements socialistes, gouvernement Balladur et gouvernement Juppé) se sont dans l'ensemble montrés très prudents en matière de couverture retraite volontaire, cela jusqu'en septembre 1996. Des divergences se sont en fait fréquemment manifestées entre les différents ministères concernés. Le ministère des Finances s'est régulièrement montré sensible aux arguments des sociétés d'assurances, le ministère de l'Industrie a pendant un temps été favorable au système de provisions au bilan à l'allemande et le ministère des Affaires sociales n'a jamais vraiment considéré le dossier comme prioritaire. Les parlementaires de droite ont en revanche été très actifs. Quatre propositions de loi ont été déposées en un peu plus d'un an entre mars 1993 et mai 1994 : une au Sénat, la proposition Marini, et trois à l'Assemblée nationale, les propositions Millon-Thomas, Barrot et Thomas. Cette dernière, présentée par le député du Parti républicain Jean-Pierre Thomas, constituait une synthèse des travaux des députés, et elle a été adoptée en mai 1994 par la commission des Finances de l'Assemblée nationale.

L'ambition de la proposition Thomas de mai 1994 était de combiner des objectifs économiques (renforcer les fonds propres des entreprises françaises et privilégier les placements en actions) et des objectifs sociaux (fournir une nouvelle couverture retraite aux salariés). Elle prévoyait notamment un encadrement des investissements assez irréaliste et hautement risqué, mais révélateur du contexte et de la teneur du débat en France à l'époque. Les grandes entreprises avaient obtenu que la gestion interne au bilan soit possible (pour les seules entreprises cotées) et les sommes collectées devaient être investies au moins à hauteur de 60 % en actions d'entreprises de l'Union européenne et une partie des sommes versées par l'employeur devait être réinvestie en titres de l'entreprise (un minimum de 10 % et un maximum de 30 % pour les entreprises cotées).

La démarche cherchait à combiner l'approche britannique, dans laquelle les fonds de pension sont très fortement investis en actions, et l'approche allemande, où les

engagements de retraite permettent de dégager des ressources pour l'entreprise elle-même. L'objectif était de renforcer les fonds propres des entreprises françaises et de développer la place financière de Paris. Le plancher de 60 % en actions constituait en particulier une tentative pour contrebalancer la tendance française à privilégier les obligations et pour obtenir une allocation d'actifs comparable à celle des fonds britanniques¹⁰.

Cette proposition d'origine parlementaire n'a pas immédiatement débouché. Cependant, le changement de président de la République en mai 1995 a constitué un élément favorable à l'introduction d'une nouvelle législation concernant la couverture volontaire. La question avait été peu présente dans les débats de la campagne pour l'élection présidentielle, mais le seul parmi les principaux candidats à avoir pris des engagements en la matière a été le candidat élu, Jacques Chirac. Dans son discours programme du 17 février 1995, celui-ci déclarait en effet qu'il entendait que « soient mis en place des fonds de pension, non seulement pour assurer le complément indispensable de la réforme des retraites, mais aussi pour collecter une épargne nouvelle qui pourra s'investir dans les entreprises en faveur de l'emploi » (*Le Monde*, 2-3 juil. 1995). Une telle déclaration s'inscrivait bien dans la logique du débat tel qu'il a été lancé en France et qui consiste à vouloir combiner, à travers l'introduction de nouveaux dispositifs en capitalisation, des objectifs économiques et sociaux.

Au cours des premiers mois qui ont suivi l'élection, la mise en oeuvre de cet engagement du candidat Chirac a donné lieu à des hésitations et à des déclarations contradictoires au sein du gouvernement, en particulier sur le caractère d'urgence du dossier. Le Premier ministre, Alain Juppé, a finalement opté pour la création rapide d'une nouvelle couverture. Le 15 novembre 1995, lors de la présentation à l'Assemblée nationale de son plan de réforme de la Sécurité sociale, il annonçait qu'il comptait favoriser, au-delà des régimes de base et complémentaires en répartition, la « constitution d'une épargne-retraite » et que des dispositions fiscales appropriées seraient prises dans le cadre d'une réforme globale des prélèvements obligatoires prévue pour début 1996. Ce projet n'a cependant pas résisté à la très vive opposition qu'a suscité le plan de réforme de la Sécurité sociale. L'important mouvement social qui s'est développé fin novembre et durant les trois premières semaines de décembre pour obtenir l'abandon du « plan Juppé » a conduit le gouvernement à modifier celui-ci et à remettre en cause son programme de réformes. La réforme de la fiscalité, annoncée pour début 1996 et dans laquelle devaient s'inscrire les dispositions favorables à l'épargne-retraite, a notamment été renvoyée à plus tard.

C'est en définitive durant l'été 1996, après que les accords ARRCO et AGIRC du 25 avril 1996 aient été signés, que le dossier a été relancé par le ministre des Finances,

10. La logique de fonctionnement de ceux-ci, le fait notamment qu'il s'agit de régimes à prestations définies sous la responsabilité de l'employeur, n'était vraisemblablement pas bien comprise par les initiateurs du projet. Le discours ambiant sur le placement en actions était d'ailleurs tel à l'époque que les débats de la commission des Finances de l'Assemblée nationale montrent que les députés étaient persuadés que les portefeuilles des fonds de pension dans le monde étaient tous très majoritairement constitués d'actions, alors qu'il s'agit en fait d'une spécificité des fonds britanniques.

Jean Arthuis, qui a présenté son propre projet Sous la pression des parlementaires de la droite libérale, celui-ci a toutefois été abandonné et c'est la proposition Thomas de mai 1994 qui a finalement été discutée au Parlement fin 1996 et début 1997. Malgré l'opposition des syndicats et des parlementaires de gauche, et après validation du Conseil constitutionnel auprès duquel ces derniers avaient déposé un recours, celle-ci a été adoptée le 25 mars 1997.

3.3.2. La loi Thomas

La loi du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite, ou loi Thomas, est en quelque sorte l'aboutissement du débat lancé par les assureurs au début des années 90. Elle affiche expressément un double objectif qui traduit bien la tonalité de celui-ci : d'une part, fournir aux salariés du secteur privé une nouvelle couverture retraite financée en capitalisation ; d'autre part, renforcer la place financière de Paris et contrebalancer le poids qui y ont pris les investisseurs institutionnels étrangers. Ces caractéristiques principales sont elles-mêmes très largement le reflet de la confrontation entre les intérêts divergents qui s'est déroulée au cours des années ayant précédé son adoption (pour une analyse juridique très critique de la loi Thomas voir Laigre, 1997 ; pour la défense de celle-ci voir Bollon et Cossic, 1997).

Les plans d'épargne retraite (PER) qu'instaure la loi Thomas sont des dispositifs à adhésion facultative auxquels peuvent potentiellement adhérer tous les salariés du secteur privé. Concrètement, il s'agit de contrats souscrits par les employeurs au profit de leurs salariés auprès d'organismes assureurs spécialement créés à cet effet, les fonds d'épargne retraite (FER). Ces plans peuvent être mis en place à la suite d'un accord collectif (au niveau de l'entreprise, de la branche, de la profession...) ; toutefois, si un accord n'a pas été conclu dans un délai de six mois à compter du début de la négociation, la souscription du plan peut également résulter d'une décision unilatérale de l'employeur. En outre, un an après la promulgation de la loi, c'est-à-dire le 26 mars 1998, les salariés n'ayant pas accès à un plan d'épargne retraite à travers leur entreprise pourront demander leur adhésion à un plan existant.

Les plans d'épargne retraite sont destinés à fournir une rente viagère à compter de l'âge légal de la retraite ; une partie des droits acquis pourra toutefois faire l'objet d'un versement en capital (20 % de la provision mathématique représentative des droits dans la limite de 75 % du plafond de la Sécurité sociale, soit 123 480 F en 1997). L'adhésion relève de la seule décision du salarié et les versements qu'il aura à effectuer pour alimenter le plan, de même que l'abondement éventuel de l'employeur susceptible de les compléter (jusqu'à hauteur de quatre fois les versements du salarié), sont entièrement facultatifs.

L'alimentation des PER donne lieu à un régime fiscal et social incitatif. Les versements du salarié et le complément de l'employeur sont exonérés d'impôts sur le revenu dans la limite de 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (32 928 F pour 1997) ou de 5 % du montant de la rémunération si la somme correspondante est plus élevée. L'abondement de l'employeur est également exonéré de cotisations sociales dans des limites fixées par le

code de la Sécurité sociale pour le financement par l'employeur des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance (article L. 242-1 alinéa 5). Autrement dit, l'ensemble des contributions de l'employeur au titre des dispositifs complémentaires, y compris l'abondement au PER, sont exclues de l'assiette des cotisations pour la fraction inférieure à 85 % du plafond de la Sécurité sociale, soit 139 944 F en 1997¹¹.

Par ailleurs, afin de favoriser le placement des sommes collectées en actions, la loi prévoit que les fonds d'épargne retraite ne devront pas être investis à plus de 65 % en obligations.

Cette loi issue, phénomène rare dans l'histoire législative française, d'une initiative parlementaire a été très largement portée par les institutions financières, en particulier les assureurs. Sa conception générale traduit bien les objectifs de ceux-ci. La couverture retraite volontaire est envisagée sous la forme du contrat auprès d'un organisme assureur (le FER) et constitue un produit d'épargne commercial sortant prioritairement en rente viagère. Les banquiers n'ont pas obtenu la possibilité de choix de sortie en rente ou en capital pour laquelle ils se battaient depuis plusieurs années ; la loi ne prévoit qu'accessoirement le versement d'un capital et cela pour un montant limité. Les grandes entreprises n'ont pas non plus eu gain de cause en matière de financement des engagements en interne.

Il faut cependant remarquer sur ce dernier point que, autant les banquiers ont maintenu lors de la discussion de la loi au Parlement une certaine pression sur la question de la sortie en capital, autant les grandes entreprises, très attachées au système de provisions au bilan au cours des premières années du débat (notamment de 1992 à 1994), ont semblé beaucoup plus en retrait sur ce sujet en 1996-1997. Cette évolution doit sans doute être rapprochée du niveau élevé (supérieur à 100 %) de l'autofinancement des entreprises françaises au cours de ces dernières années, ce qui représente corrélativement un intérêt moindre pour des provisions au bilan défiscalisées. Mais elle doit probablement aussi être mise en parallèle avec des transformations plus profondes que traverse aujourd'hui le capitalisme français : poids croissant du capitalisme financier, mise en question du système de participations croisées, privatisation des entreprises publiques du secteur concurrentiel, prégnance du modèle financier anglo-saxon...

Globalement, la loi Thomas s'inscrit en rupture complète avec le mode de construction de la couverture complémentaire retraite en France. Historiquement, cette dernière est le produit de la logique paritaire et de la négociation collective (voir Friot, 1994 et 1997 ; Pollet et Renard, 1997) ; non seulement la loi créant les plans d'épargne retraite s'est faite contre l'ensemble des organisations syndicales, mais elle restreint sensiblement le rôle de la négociation collective dans la mise en place des dispositifs et exclut très largement les

11. La marge d'exonération pour les versements au PER est importante, voire très importante. Elle correspond à la différence entre ce plafond de 85 % et le total des cotisations versées au titre des régimes complémentaires obligatoires. G. Briens (1990, pp. 159-161) évalue par exemple, pour l'année 1990, la marge d'exonération pour les dispositifs volontaires entre 79 720,06 F et 87 924,10 F, pour un cadre percevant une rémunération annuelle de 320 360 F, selon qu'il cotise aux taux maximums ou aux taux minimums à l'ARRCO et à l'AGIRC.

représentants des affiliés dans la gestion elle-même de ceux-ci. Le mécanisme d'exonération de cotisations sociales adopté pour les versements de l'employeur représente en outre une menace pour la couverture existante, l'ensemble constitué par le régime général et les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC.

La seule continuité que l'on puisse repérer concerne la forme juridique des organismes assureurs, les fonds d'épargne retraite, auprès desquels peuvent être souscrits des plans d'épargne retraite. Les FER sont susceptibles d'être constitués sous quatre formes : société anonyme d'assurance, société mutuelle d'assurance, institution de prévoyance et organisme mutualiste. Un parallèle peut donc là être fait avec la façon dont s'est constitué et est aujourd'hui organisé le marché de la prévoyance complémentaire (remboursement des soins de santé, couverture du décès, de l'incapacité de travail, de l'invalidité...). Il n'est pas sans intérêt de noter qu'il avait été un moment question, dans une première version du projet Arthuis de l'été 1996, que seules les sociétés anonymes d'assurance puissent intervenir, à l'exclusion de toute autre forme juridique, dans la gestion des nouveaux dispositifs.

Malgré l'opposition du ministre du Travail et des Affaires sociales de l'époque, Jacques Barrot, la proposition de loi Thomas a reçu l'appui du gouvernement. A l'intérieur du patronat quelques appréciations critiques ont été exprimées dans un premier temps, elles émanaient essentiellement de représentants patronaux impliqués dans la gestion des régimes de retraite complémentaires obligatoires et appartenant à des fédérations industrielles. Mais les voix discordantes se sont rapidement tues et le CNPF a en définitive activement soutenu la proposition. Les organisations syndicales et l'opposition de gauche l'ont en revanche vivement critiquée. Elles estimaient que, loin de renforcer le système de retraite français, elle risquait au contraire de le déstabiliser sans fournir une réelle réponse au problème du financement des retraites.

Les critiques se sont concentrées sur le mécanisme d'exonération de cotisations sociales appliqué à l'abondement de l'employeur. Cet avantage accordé à des dispositifs facultatifs prive des ressources correspondantes les régimes de retraite obligatoires et l'ensemble du système de sécurité sociale (ce qui motivait également l'opposition du ministre en charge des Affaires sociales, pourtant lui-même partie prenante de la conception de la proposition Thomas lorsqu'il était parlementaire en 1994). La qualité de la couverture assurée à tous risque donc par là d'être remise en cause, cela au bénéfice d'une fraction réduite des salariés déjà parmi les plus favorisés.

Le mécanisme d'exonération constitue une dimension essentielle de l'économie du texte de loi. Il représente une incitation directe au développement des plans d'épargne retraite, à travers l'avantage que cela représente par rapport à une augmentation de salaire pour le salarié concerné. Mais au-delà, de façon plus insidieuse, il produit aussi une incitation indirecte à terme : en amputant les ressources des régimes de retraite obligatoires en répartition, il entraîne une baisse de leur rendement qui rend d'autant plus attrayante, voire nécessaire, la souscription de plans d'épargne retraite. Autrement dit, malgré les dénégations publiques de ses promoteurs, la loi Thomas s'inscrit dans une logique, non de complémentarité par rapport à l'existant, mais bien de substitution partielle.

L'importance de ce point ne doit cependant pas occulter un autre trait caractéristique du texte. Les plans d'épargne retraite relèvent de la logique du contrat commercial. Ils s'écartent ainsi radicalement du principe, qui a marqué le système de retraite complémentaire français jusque-là, de la couverture sociale définie et gérée avec la participation des représentants des salariés. La négociation collective, à laquelle la décision unilatérale de l'employeur peut en outre très vite se substituer, ne joue qu'un rôle limitée dans la mise en place et la conception des plans ; en suivant Philippe Laigre (1997, p. 488), on peut même considérer que « l'accord collectif n'a pas d'autre objet que de permettre la souscription, par un employeur, d'un plan d'épargne retraite - c'est-à-dire d'un contrat - qui sera ensuite proposé à l'adhésion des salariés de l'entreprise ». Par ailleurs, la seule instance dans laquelle les salariés adhérents sont représentés en tant que tels, le comité de surveillance, n'a quasiment aucun pouvoir : il n'a pas été conçu pour participer à la gestion du plan et cela de façon très explicite¹² (sur ce deuxième aspect, comme sur le premier, on se référera utilement à Laigre, 1997, pp. 487-489).

Dans l'ensemble, c'est une logique profondément nouvelle que la loi Thomas a introduit dans le système de retraite français. Cependant, les conditions mêmes qui ont présidé à son élaboration et à son adoption - la conjonction d'un certain manque de compétence technique de la part des parlementaires impliqués et la confrontation permanente des intérêts divergents - ont fait qu'un champ important a été laissé au domaine réglementaire. Douze décrets d'application dont un en Conseil d'Etat et deux arrêtés devaient être pris avant qu'elle entre effectivement en vigueur.

L'arrivée de la gauche au pouvoir à la suite des élections législatives du printemps 1997 a stoppé le processus. Les socialistes s'étaient, au cours des débats au Parlement, engagés à abroger la loi Thomas en cas de victoire en 1998. La dissolution de 1997 a précipité le calendrier. Le 19 juin 1997, lors de son discours de politique générale, le nouveau Premier ministre, Lionel Jospin, n'a pas évoqué l'abrogation, mais a annoncé que « les dispositions récemment adoptées en faveur des fonds de pension qui peuvent porter atteinte aux régimes par répartition seront remises en cause ». Depuis, le gouvernement a décidé de relancer la réflexion au cours du premier semestre 1998.

Faute de décrets d'application et d'arrêtés la loi Thomas reste donc lettre morte. Et début 1998, le débat sur l'introduction de nouveaux dispositifs en capitalisation demeure ouvert.

La retraite complémentaire s'est construite en France sur le mode de l'obligation d'affiliation et cela parallèlement à une réticence vis-à-vis du préfinancement des engagements et de la capitalisation. Le débat sur l'adoption d'une nouvelle législation destinée à favoriser le développement de dispositifs en capitalisation n'est pas clos. Il pose la question fondamentale de la place et du rôle qu'est susceptible d'avoir la couverture volontaire dans le système de retraite français, et cette question n'est pas encore véritablement tranchée.

12. Le rapporteur de la proposition de loi devant le Sénat, Philippe Marini, a clairement précisé au cours des débats que « surveiller n'est pas gérer » (cité par Laigre, 1997, p. 488).

Se pose parallèlement la question de savoir si le paritarisme est susceptible de trouver un champ d'intervention important dans le développement de la retraite volontaire en capitalisation. Les décisions prises jusque-là, que ce soit la mise en extinction des institutions de retraite supplémentaire ou l'adoption de la logique de l'assurance commerciale dans la conception de la loi sur l'épargne retraite, incitent à répondre par la négative. La forme que prendra la relance, prévue début 1998, du débat sur les « fonds de pension » sera sur ce point déterminante.

V. LA SOLIDARITE FRAGMENTEE

En France, la protection sociale est tellement imprégnée de la logique de la solidarité nationale que l'on en oublie parfois les conséquences. Les régimes obligatoires fonctionnant à l'échelle nationale tissent des liens entre les individus et entre les ménages ; ces formes de solidarité sont remises en cause dans les dispositifs de branche ou d'entreprise. En plus, les régimes obligatoires assurent une harmonisation de la couverture sociale - aussi bien en ce qui concerne les prestations que les cotisations - à travers tout le secteur privé ; la protection sociale volontaire engendre diverses formes d'inégalités au sein du salariat.

Ces inégalités proviennent tout d'abord du fait que certains salariés bénéficient de la protection sociale volontaire et d'autres non. Mais, même au-delà de la question de son étendue, la protection sociale émiettée, celle qui est mise en oeuvre à travers des régimes couvrant des groupes restreints, crée forcément des disparités qui se répercutent sur les salariés. Un financement qui passe par des caisses distinctes, sans une mutualisation généralisée, crée forcément des inégalités de coût.

Ces constats s'appuient sur des études sur la prévoyance de branche et d'entreprise¹³. Par ailleurs, la protection sociale volontaire aux Etats-Unis sera évoquée dans cette dernière section. Dans ce pays, l'assurance médicale et les régimes de retraite complémentaire sont gérés essentiellement par des caisses de branche ou d'entreprise. Par son caractère à l'opposé du système français de protection sociale, le système américain met en lumière certains aspects de la différence entre la protection sociale gérée au niveau national et celle qui fait l'objet d'une gestion fragmentée.

1. LA SOLIDARITE AU SEIN DES REGIMES VOLONTAIRES

La protection sociale obligatoire faisant l'objet d'une mutualisation à l'échelle nationale met en oeuvre de multiples formes de solidarité : envers les familles, envers les personnes dont les salaires sont relativement bas, envers les travailleurs dont les carrières ont été relativement courtes,... Les régimes volontaires peuvent créer des solidarités semblables, mais celles mises en oeuvre par ce type de protection sociale sont généralement bien plus limitées et font souvent l'objet de remises en cause.

Un assureur opérant sur un marché concurrentiel a tendance à différencier ses clients potentiels selon la probabilité qu'ils soient exposés au risque ou non. Il peut soit refuser

13. La première est une enquête sur la protection sociale volontaire dans une vingtaine d'entreprises réalisée à la fin des années quatre-vingts (Abécassis, apRoberts, Kartchevsky, 1990). La seconde est une étude en cours d'achèvement qui comporte deux volets : d'une part, un examen des clauses en vigueur concernant les garanties décès-invalidité-incapacité et la couverture de frais médicaux dans les conventions collectives nationales de branche ; d'autre part, l'étude d'environ 70 accords d'entreprise instaurant des régimes couvrant ces garanties, signés en 1995 et 1996.

d'assurer certains individus, soit différencier les primes selon le degré de risque. La protection sociale collective couvrant un groupe de salariés diffère de l'assurance individuelle par le fait que la couverture et la cotisation doivent être les mêmes pour tous les salariés membres du groupe concerné. Les individus « à risque » ne peuvent pas être exclus et ils ne doivent pas avoir à payer plus que les autres.

Lorsqu'une prestation est strictement proportionnelle au salaire et qu'elle est financée par une cotisation, elle aussi, proportionnelle au salaire, la solidarité de la protection sociale se limite à une certaine mutualisation du risque. Il s'agit de la « solidarité » de l'assurance de groupe. Chaque membre du groupe paie une prime et les sommes collectées sont redistribuées à ceux d'entre eux qui subissent l'événement contre lequel le groupe s'assure. Les régimes professionnels mettent parfois en oeuvre une solidarité qui va au-delà de celle de l'assurance de groupe.

1.1. Le remboursement de frais médicaux

La couverture de frais médicaux diffère sur plusieurs plans d'autres éléments de la protection sociale complémentaire. Les particularités de la couverture médicale se révèlent dans les modalités institutionnelles de sa prise en charge, qui en font souvent une garantie à part, non intégrée aux régimes de prévoyance. Tout d'abord, cet élément de la protection sociale volontaire fait beaucoup plus rarement l'objet d'accords de branche que la prévoyance, c'est-à-dire les assurances décès, invalidité et incapacité. Ensuite, l'assurance médicale est facultative plus souvent que d'autres éléments de la protection sociale. De plus, la couverture médicale peut faire l'objet d'une cotisation forfaitaire, tandis que les autres garanties sont systématiquement financées par une cotisation calculée comme un pourcentage du salaire. Enfin, même si elle est parfois regroupée avec la prévoyance dans un seul régime, la couverture de frais médicaux fait souvent l'objet d'un dispositif distinct de la prévoyance, éventuellement avec un organisme assureur distinct.

A la différence des garanties relevant de la prévoyance, la couverture médicale d'un salarié peut être prise en charge par le régime d'un membre de sa famille. Lorsqu'un salarié déjà couvert à ce titre est obligé de cotiser pour une seconde couverture faisant double emploi avec la première, il paie alors pour rien. Ceci milite fortement en faveur d'un choix individuel de souscrire ou non à cette forme de garantie. En même temps, les avantages fiscaux associés aux dispositifs obligatoires jouent en sens inverse. Il faudrait des études complémentaires prenant en compte la fiscalité pour mesurer de façon précise les avantages et les désavantages d'une garantie obligatoire ou facultative dans ce domaine. La réticence à négocier au niveau de la branche sur cette partie de la protection sociale doit être largement due à une volonté de laisser un choix individuel aux salariés, les dispositifs facultatifs étant organisés plutôt au niveau de l'entreprise qu'au niveau de la branche¹⁴.

14. Le bâtiment constitue une exception intéressante dans ce domaine. Cette branche, pionnière en matière de création de caisses communes à l'ensemble des entreprises, a mis en place depuis longue date un régime de prévoyance à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés couverts par la convention collective. Elle est également l'une des

Les prestations sociales autres que le remboursement de frais médicaux sont généralement calculées comme un pourcentage du salaire. Même celles versées aux familles, telles une rente de survivants ou la majoration d'une pension d'invalidité au titre de charges familiales, représentent un pourcentage du salaire. Le financement qui leur convient est une cotisation qui représente elle aussi un pourcentage du salaire, tout comme les prestations. En revanche, les prestations versées au titre de l'assurance médicale ont la particularité d'être déconnectées du niveau du salaire. Le calcul des cotisations au titre de la couverture médicale relève donc d'une logique différente que celle qui préside au calcul des cotisations prélevées pour d'autres garanties.

La cotisation destinée à financer le remboursement de frais médicaux est souvent calculée comme une somme forfaitaire, c'est-à-dire sous forme d'un montant mensuel fixe par salarié, identique pour tous ceux couverts par le même dispositif. Parfois, la cotisation au titre des frais médicaux représente un pourcentage du salaire, comme celles versées au titre d'autres prestations sociales. Ceci se produit surtout lorsque la couverture de frais médicaux est regroupée avec d'autres garanties dans un régime unique. Cette modalité de calcul des cotisations pour la couverture médicale opère une certaine redistribution de revenus au profit des membres du groupe dont les salaires sont relativement bas.

Cependant, une telle politique crée des tensions s'il existe de forts écarts de salaire au sein du groupe et notamment si le groupe comprend, à côté de salariés travaillant à plein temps, des personnes employées à temps partiel. Si les cotisations prélevées pour la couverture des frais médicaux sont proportionnelles aux salaires, celles versées pour les personnes dont les salaires sont bas seront inférieures au coût que représente leur couverture. Pour cette raison, les cotisations au titre de la couverture médicale sont souvent plafonnées et, en outre, beaucoup de régimes définissent une cotisation minimum. La définition d'un maximum et d'un minimum rapproche une cotisation proportionnelle d'un forfait.

Le fait que le remboursement de frais médicaux peut être pris en charge par le régime professionnel d'un membre de la famille d'un salarié, couplé avec le fait que le montant du remboursement de frais médicaux est déconnecté du niveau du salaire, contribuent à en faire une garantie dont la logique se distingue de celle du reste de la protection sociale.

1.2. Les prestations familiales

Si la protection sociale volontaire opère rarement une redistribution en faveur des bas revenus, elle redistribue souvent en faveur des familles. Cette forme de protection sociale concerne les familles à plusieurs titres. Les garanties décès comprennent régulièrement une rente pour les enfants ou le conjoint. Les rentes d'invalidité sont souvent majorées si le bénéficiaire a des enfants à charge. Beaucoup de régimes de retraite versent une pension de réversion au conjoint survivant suite au décès du retraité. Enfin, le remboursement de

rares branches à avoir mis en place un dispositif de branche dans le domaine de l'assurance médicale, mais l'adhésion à celui-ci n'est pas obligatoire.

frais médicaux concerne la plupart du temps, non seulement l'affilié lui-même, mais également sa famille. Toutes ces prestations de nature familiale font qu'un salarié ayant une famille peut bénéficier, à cotisations égales, de prestations de valeur supérieure à celles perçues par un célibataire.

Les régimes obligatoires prennent en charge, non seulement les salariés affiliés, mais également leurs familles et cela de diverses façons. Bien évidemment cela se fait à travers les allocations familiales, mais aussi à travers toute une série de d'autres prestations (rentes de survivants, remboursement de frais médicaux, etc.) et cela sans que les affiliés mariés ou ayant des enfants aient à payer des cotisations supérieures à celles payées par les célibataires. Si cela est rarement remis en cause en ce qui concerne la protection sociale obligatoire, il n'en est pas de même dans les régimes professionnels.

Prenons l'exemple des frais médicaux. Les régimes professionnels offrent invariablement une prise en charge des conjoints et des enfants, mais les modalités de son financement varie d'un régime à l'autre. La prise en charge de la famille peut figurer parmi les garanties obligatoires : dans ce cas, tous les salariés paient la même cotisation et l'employeur cotise au même titre pour les célibataires que pour les salariés prenant une famille à charge. Parfois la prise en charge de la famille est facultative : à ce moment-là, il existe différentes possibilités pour le financement de cette couverture. Dans certains régimes, le salarié qui choisit une couverture familiale doit payer une cotisation supplémentaire, sans que l'employeur participe au financement de cette prestation facultative. Parfois l'entreprise y participe, soit en prenant en charge la cotisation supplémentaire, soit en partageant son coût avec le salarié.

Les variétés de solutions adoptées dénote une hésitation sur les modalités de prise en charge de la famille et sur les formes que devrait revêtir la solidarité entre affiliés d'un même régime. Les célibataires doivent-ils payer pour les familles ? L'entreprise doit-elle payer des cotisations supplémentaires pour les salariés ayant des familles ? Un autre exemple est constitué par les rentes de survivants. Ces rentes sont parfois comprises dans un régime obligatoire, mais parfois elles constituent une option individuelle. Dans ce dernier cas, comme pour les frais médicaux, tantôt l'employeur participe au financement de cette couverture facultative et tantôt c'est le seul salarié qui verse une cotisation supplémentaire.

Selon que les prestations familiales sont comprises ou non dans un dispositif collectif à adhésion obligatoire, le groupe de salariés dans son ensemble participe ou non à la couverture des familles. Si l'employeur participe au financement de prestations familiales en versant une cotisation supplémentaire à ce titre, alors on peut considérer qu'il s'agit d'une forme de sursalaire pour les salariés ayant des familles (apRoberts, 1990, p. 90).

Le système de retraite américain illustre les différences profondes dans les modalités de prise en charge des familles entre la protection sociale obligatoire et la protection sociale professionnelle. Le régime de base de ce pays verse une pension de réversion sans condition de ressources. Cette prestation familiale, mise en place en 1939, a rarement fait l'objet de contestations. La logique des régimes professionnels est tout autre.

Comme la protection sociale volontaire en France, les régimes de retraite professionnels américains sont tenus de couvrir tous les membres d'un groupe de salariés pour bénéficier d'exemptions fiscales sur leur financement¹⁵. La réglementation fédérale exige en outre que ces dispositifs offrent une pension de réversion pour le conjoint Cependant, cette dernière garantie est facultative. Les salariés dont le conjoint en bénéficie « paient » cette prestation familiale sous forme d'une réduction actuarielle de leur propre pension de retraite, de manière à ce que la prestation globale soit de même valeur pour tous les salariés, mariés ou célibataires. Cette politique fait qu'il n'existe aucune redistribution entre célibataires et personnes mariées. De cette façon, les dispositifs professionnels rompent avec la solidarité entre ménages mise en place par le régime national.

Jusqu'au milieu des années quatre-vingts, le salarié marié choisissait seul de prendre la réversion ou non. Devant le nombre important de salariés qui choisissaient l'option sans réversion, sans même que leur conjoint en soit informé, l'Etat fédéral a exigé le consentement écrit du conjoint pour renoncer à la pension de réversion. Désormais, le choix de refuser cette prestation est devenu celui du conjoint Ainsi, aux Etats-Unis, les régimes professionnels ont même encouragé par le passé ce que l'on peut considérer comme une forme d'individualisme au sein des couples.

D'un manière générale, les régimes nationaux de protection sociale mettent en place une solidarité entre ménages. Les dispositifs professionnels tendent à faire éclater cette forme de solidarité. En France, la question des modalités de prise en charge des familles se pose à maintes reprises concernant les règlements des régimes de protection sociale de branche ou d'entreprise. Il existe une hésitation quant aux formes que devrait revêtir la solidarité entre affiliés au même régime. Les réponses apportées diffèrent d'un groupe à l'autre mais il existe probablement des tendances générales. Les régimes professionnels tendent-ils vers une prise en charge des familles par des dispositifs collectifs, financée à la fois par le groupe de salariés et l'employeur ? Ou alors tendent-ils vers une forme d'individualisation où chacun paie pour les siens ? Dans ce dernier cas, la solution qui aurait tendance à prédominer serait des prestations familiales offertes sous forme facultative, financée par le salarié lui-même à travers une cotisation individuelle supplémentaire.

1.3 La différenciation des catégories de salariés

La protection sociale complémentaire peut opérer une différenciation de la rémunération d'une catégorie à l'autre, différenciation qui revêt une forme non seulement quantitative mais également qualitative (Abécassis, apRoberts, Kartchevsky, 1990). La première catégorie à acquérir un régime de retraite complémentaire national fut les cadres en 1947. Ce régime a servi de modèle à la mise en place d'une couverture complémentaire pour les autres catégories de salariés. Le même phénomène s'est produit à maintes reprises en matière de prévoyance. La convention collective interprofessionnelle de 1947 exige une cotisation patronale consacrée à une assurance décès pour les seuls cadres. Une fois un

15. A l'exception toutefois de ceux travaillant à temps partiel, dont l'exclusion est explicitement autorisée.

dispositif de prévoyance instauré pour les cadres, les entreprises l'ont souvent étendue : en augmentant les cotisations au-delà du minimum, en ajoutant des garanties supplémentaires et en étendant la couverture à d'autres catégories.

Ce processus d'extension continue, sans que la couverture soit partout harmonisée entre les catégories. Il existe à la fois des tendances vers la différenciation et vers l'harmonisation. Tantôt les non cadres acquièrent une couverture jusqu'alors réservée aux cadres. Tantôt les entreprises instaurent une garantie nouvelle ou améliore le niveau d'une garantie existante pour les seuls cadres, quitte à ce que les autres l'acquièrent par la suite.

Les formes de différenciation entre catégories sont variables. Il arrive couramment que les non cadres n'aient tout simplement aucune couverture complémentaire. Parfois tous les salariés ont les mêmes garanties, mais les cadres bénéficient de prestations plus élevées en proportion de leurs salaires que les non cadres. Parfois il s'agit de différences qualitatives, les cadres ayant droit à une garantie que n'ont pas les autres catégories. Il peut y avoir également une différenciation de l'ancienneté requise pour bénéficier d'une couverture, les cadres étant généralement couverts dès l'embauche, tandis les autres catégories devant plus souvent attendre d'avoir acquis une certaine ancienneté. En raison de différences de couverture, la cotisation totale - part salariale *plus* part patronale - est souvent plus élevée pour les cadres que pour les autres salariés.

Enfin, la part de la cotisation prise en charge par l'employeur peut être plus élevée pour les cadres que pour les non cadres, même lorsque le taux de cotisation globale est le même pour tous. Une des raisons est la nécessité pour l'employeur de respecter l'accord de 1947 en prenant à sa charge au moins 1,5 % de la tranche A du salaire des cadres. Mais ceci n'est pas la seule cause de la différenciation de la répartition, car elle concerne souvent les cotisations dépassant ce minimum. Comment interpréter cette différence dans la répartition des cotisations ? Lors de l'instauration d'une nouvelle garantie ou d'une augmentation de cotisation, il peut s'agir d'une hausse sélective de la rémunération globale des cadres. Pour l'analyser plus complètement, il faudrait examiner les évolutions à la fois du salaire direct et des cotisations, afin de suivre les changements de la rémunération globale pour les différentes catégories.

Les différentes formes de différenciation entre catégories s'opèrent le plus couramment entre cadres et non cadres, mais les lignes de démarcation peuvent être autres. Il peut exister également des différenciations entre des catégories de non cadres.

1.4. Les garanties facultatives

Les régimes d'entreprise obligatoires, c'est-à-dire ceux qui s'imposent à l'ensemble des membres d'une catégorie donnée, comportent souvent des choix individuels concernant les garanties. Ces choix sont de deux ordres. Dans certains régimes, les salariés choisissent individuellement entre deux formes de garantie : par exemple, entre un capital décès sans rente pour le conjoint ou un capital décès d'un montant moins important assorti d'une rente. Cela représente une façon d'offrir une couverture de valeur équivalente aux salariés mariés

et célibataires, comme dans l'exemple des régimes de retraite d'entreprise aux Etats-Unis cité plus haut Ou alors, les salariés peuvent choisir des garanties supplémentaires, en plus de celles qui s'imposent à tous. Dans les accords d'entreprise ou les contrats conclus avec un organisme assureur, ces garanties facultatives sont régulièrement appelés des « options », tandis que les garanties obligatoires sont souvent appelées le « régime de base ».

La couverture de frais médicaux des membres de la famille est souvent offerte sous cette seconde forme. Mais ce type de choix existe également pour d'autres couvertures : une rente de survivants ou une majoration du capital décès ou encore, un remboursement plus élevé pour certains soins médicaux La répartition du financement de ces garanties facultatives prend différentes formes : l'employeur peut financer seul ; ou bien le financement peut être entièrement à la charge du salarié ; enfin, la cotisation supplémentaire peut être répartie entre les deux.

Lorsque le salarié finance seul la couverture facultative, on peut considérer que les garanties facultatives constituent une forme de marketing à moindre frais pour l'organisme assureur. En effet, les couvertures facultatives figurent invariablement dans les brochures d'information que l'employeur distribue aux salariés couverts par un dispositif obligatoire. Les salariés sont ainsi sollicités à souscrire une assurance sur leur lieu de travail.

Comme pour l'ensemble des garanties de groupes de salariés, l'organisme assureur doit pratiquer la même tarification pour tous, sans discriminer en fonction du risque individuel. Cependant, il peut y avoir un phénomène de sélection adverse pour les garanties facultatives : les salariés ayant une forte probabilité de subir le risque auront tendance à souscrire les garanties correspondantes. Par exemple, ceux qui ont besoin de lunettes souscriront à une couverture supplémentaire pour les frais d'optique. Pour cette raison, le prix d'une garantie facultative tendra à être plus élevée que si la couverture en question était obligatoire pour tous. L'existence d'une garantie facultative scinde le groupe en deux - ceux qui la souscrivent et ceux qui ne la souscrivent pas - sans mutualisation du risque entre les deux.

2. LES INEGALITES AU SEIN DU SALARIAT

La protection sociale volontaire ne concerne que les salariés travaillant dans des branches ou des entreprises ayant choisi de la mettre en place. On pourrait penser qu'il suffirait qu'elle s'étende pour que l'ensemble des salariés du secteur privé bénéficient d'une amélioration de leur couverture sociale. On peut même concevoir qu'elle soit rendue obligatoire :par le biais d'accords de branche exigeant que chaque entreprise couvre ses salariés, ou bien par un accord interprofessionnel, comme celui de 1947 exigeant une assurance décès pour les cadres, voire même par une loi. Une telle décision généraliserait effectivement la couverture. Cependant, la protection sociale gérée au niveau national met en oeuvre des formes de solidarité - entre salariés, entre ménages, entre entreprises, entre secteurs, entre régions - que n'opèrent pas des régimes à financement séparé couvrant

des groupes restreints. Cette différence est radicale. Les deux formes de protection sociale n'ont pas les mêmes effets, ni sur un plan social, ni sur le plan économique.

Quelles que soient les formes de solidarité à l'oeuvre au sein des dispositifs d'entreprise ou de branche, le « volontariat » en matière de protection sociale engendre des inégalités à une échelle plus large. Ceci est vrai tant qu'il n'existe pas de mécanisme de compensation entre les organismes gestionnaires, peu importe que la couverture soit gérée en interne par les entreprises ou à travers des contrats avec des organismes assureurs externes.

Tout d'abord, les différences de taille entre les groupes couverts engendrent des inégalités de coût. Les grands groupes sont favorisés du fait d'économies d'échelle dans leur frais de gestion et également dans les frais de marketing pour un éventuel organisme gestionnaire. Ainsi, la protection sociale coûte toujours moins cher pour les grandes entreprises que pour les petites, à moins que ces dernières ne se regroupent en instaurant un dispositif commun. Cette différence se répercute à la fois sur les employeurs et sur les salariés. Certains employeurs se retrouvent face à des coûts de main-d'œuvre plus élevés que d'autres pour une protection sociale équivalente. Ils ont le choix entre réduire la protection sociale ou bien la maintenir et être handicapés dans la concurrence. En conséquence, certains salariés bénéficient d'une meilleure protection sociale à moindre coût que d'autres.

Un autre résultat de l'émettement inhérente à la protection sociale volontaire est des inégalités de coût selon la composition des groupes de salariés. Les entreprises employant une forte proportion de personnes relativement âgées se retrouveront avec des charges élevées au titre de l'assurance médicale et de la prévoyance et auront tendance à réduire la couverture de manière à pouvoir offrir des prix compétitifs. D'une manière générale, celles qui emploient beaucoup de salariés « à risque » seront handicapées.

La protection sociale financée par des caisses séparées sans compensation entre elles peut également engendrer des phénomènes de discrimination. Par exemple, une entreprise qui finance une couverture médicale complémentaire aura tendance à éviter d'embaucher des personnes ayant des problèmes chroniques de santé ou des personnes relativement âgées. Ces problèmes sont peu répandus en France du fait que la protection sociale obligatoire assure la grande majorité des prestations et qu'en conséquence le coût de la protection sociale volontaire est relativement faible.

Ils sont bien plus aigus aux Etats-Unis, où la protection sociale volontaire pèse bien plus lourd dans les coûts de la main-d'œuvre des entreprises qui l'offrent. Prenons l'exemple de la couverture de frais médicaux, dont le coût varie en fonction de l'âge du salarié, de son sexe et de situation familiale, étant donné que les garanties couvrent souvent les familles. Ces inégalités de coût font qu'un employeur américain qui finance l'assurance médicale pour ses salariés peut facilement hésiter à embaucher des personnes relativement âgées, des femmes ou des personnes ayant des charges familiales.

Un autre exemple des résultats de la fragmentation de la protection sociale américaine concerne les congés maternité. En 1993, l'Etat fédéral a exigé que les entreprises (au dessus d'une certaine taille) accordent aux salariées un congé lors d'un accouchement

Cependant, il n'a pas exigé par la même occasion que ce congé maternité soit payé. L'une des raisons de cette lacune est le fait qu'il n'existe pas de caisse publique permettant le versement indirect d'indemnités pendant des congés. De ce fait, requérir une rémunération pendant les congés maternité reviendrait à exiger que l'employeur finance cette prestation sociale pour ses salariées enceintes. Le résultat pourrait être une accentuation de la discrimination à l'embauche à l'égard des femmes ou alors une pression à la baisse des salaires dans les emplois où se trouvent une forte proportion de femmes.

Les discriminations envers les salariés « à risque » existent dans la protection sociale volontaire mais elles ne se situent pas au sein même d'un groupe donné. Elles se situent sur deux autres plans. Tout d'abord, au niveau de l'employeur pour qui la protection sociale représente un coût. Si celui-ci cherche à réduire ou à limiter ses coûts à ce titre, il cherchera à se débarrasser des salariés « à risque » ou à ne pas les embaucher. Ensuite, la protection sociale sera plus chère dans les entreprises employant beaucoup de salariés « à risque ». Que la protection sociale soit gérée en interne ou en externe ne change rien à l'affaire. Des caisses externes aux entreprises engendrent exactement les mêmes effets que l'« auto-assurance » tant qu'il n'existe pas de compensation entre elles.

La réglementation française favorise les régimes collectifs gérés par des organismes extérieurs aux entreprises. Les individus ne peuvent pas être exclus de ces dispositifs et ils assurent une égalité des garanties et des cotisations au sein d'un groupe donné. La réglementation n'impose pas pour autant une égalité entre groupes. Un organisme assureur opérant sur un marché concurrentiel a tendance à différencier ses clients potentiels, en l'occurrence les groupes de salariés, selon la fréquence du risque parmi leurs membres. Il peut refuser d'assurer certains groupes ou bien il peut différencier le coût de la couverture selon le degré de risque.

Les exemples cités plus hauts des effets de la non mutualisation de la protection sociale aux Etats-Unis illustrent les effets de la compensation généralisée. La mutualisation à grande échelle harmonise les prestations que reçoivent l'ensemble des salariés. De plus, elle tend à égaliser la rémunération entre différentes catégories de la population et, en ce faisant, à atténuer certaines formes de discrimination. Enfin, elle tend à harmoniser les conditions de concurrence entre grandes et petites entreprises et entre entreprises employant des populations avec des compositions différentes.

En France, le recul des prestations versées par les régimes obligatoires, notamment en matière de retraite et de remboursement de frais médicaux, suscite chez les salariés des craintes pour le présent et pour l'avenir de leur protection sociale. Il arrive que l'on prétend que la protection sociale volontaire pourrait suppléer à ces besoins. Cette idée semble parfois étayer les politiques d'exemptions à l'égard dès dispositifs de protection sociale professionnelle.

Lorsque la protection sociale volontaire fait l'objet d'exemptions fiscales on peut considérer que le budget de l'Etat, c'est-à-dire l'ensemble des contribuables, participent à son financement. Ceci ne semble justifié que si la protection sociale volontaire est utile à la

collectivité. Sinon, on peut considérer qu'il s'agit simplement d'une subvention publique de la rémunération des groupes de salariés qui en bénéficient

Lorsque les cotisations versées à un dispositif volontaire sont déduites de l'assiette des cotisations au titre d'un dispositif obligatoire, l'opération réduit les ressources des régimes obligatoires pour les consacrer à une autre forme de protection sociale. Ceci ne semble justifiable que si l'un peut remplacer l'autre.

Or on ne peut guère considérer la protection sociale gérée par des caisses séparées comme une alternative à celle fondée sur une mutualisation à l'échelle nationale. Même au sein des groupes concernés, la solidarité mise en oeuvre par la protection sociale volontaire ne revêt pas les mêmes formes que celle opérée par des régimes nationaux. De plus, tant qu'il n'existe pas de compensation entre les organismes qui gèrent la protection sociale, la solidarité qu'elle met en place est limitée à des groupes restreints.

Dans tous les pays occidentaux industrialisés, les initiatives prises - par des employeurs, par des syndicats - pour le compte de certains groupes de salariés ont joué un rôle moteur dans la création d'une protection sociale plus large. Dans l'histoire de la protection sociale en France, les priviléges des uns se sont souvent transformés en droit pour tous. Il en a été ainsi du régime de retraite complémentaire des cadres, qui a servi de modèle à la création de régimes complémentaires, avec une compensation entre eux, pour l'ensemble des salariés. La protection sociale volontaire peut porter en germe la généralisation et l'extension de la mutualisation. Il nous semble que les lignes de force traversant la protection sociale volontaire aujourd'hui vont dans le sens de la fragmentation plutôt que dans le sens de la mutualisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abécassis, Denis, Edgard Andréani et Lucy apRoberts (1987). *La protection sociale complémentaire dans l'entreprise*, Rapport de recherche pour le Commissariat Général du Plan et la MIRE, décembre. Nanterre : LAREA, Université de Paris X - Nanterre.
- Abécassis, Denis, Lucy apRoberts et Andrée Kartchevsky (1990). *La protection sociale complémentaire dans l'entreprise : une étude comparative de secteurs*. Rapport de recherche pour le Commissariat général du Plan et la M.I.R.E. Paris : éditions Européennes ERASME.
- apRoberts, Lucy (1993). « Les régimes de prévoyance : gestion de branche, gestion d'entreprise », pp. 211-223, in A. Jobert, J.-D. Reynaud, J. Saglio et M. Tallard (eds), *Les conventions collectives de branche : déclin ou renouveau ?*, Etude du CERÉQ, n° 65.
- apRoberts, Lucy (1997). « Le déclin des pensions professionnelles », *Chronique internationale de l'IRES*, numéro spécial « L'avenir des retraites en débat ». n° 48, septembre, pp. 80-89.
- apRoberts, Lucy et Emmanuel Reynaud (1992). *Les systèmes de retraites à l'étranger : Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni*. Paris: IRES.
- apRoberts, Lucy et Pierre Concialdi (à paraître). « L'avenir des retraites : quelles ressources pour quelles prestations ? », *Sociétés et représentations*.
- apRoberts, Lucy, Christine Daniel, Udo Rehfeldt, Emmanuel Reynaud et Catherine Vincent (eds) (1997a). *Le paritarisme en perspective : formes et dynamiques de la régulation paritaire*. Rapport de recherche pour la MIRE. Noisy-le-Grand : Institut de recherches économiques et sociales.
- apRoberts, Lucy, Christine Daniel, Udo Rehfeldt, Emmanuel Reynaud et Catherine Vincent (eds) (1997b). *Paritarisme : institutions et acteurs*, *La Revue de l'IRES* 24, print.-été.
- ARRCO (1996). *Les accords du 25 avril 1996*, *Les Cahiers de la Retraite Complémentaire* 119, 2e trim.
- Barthélémy, Jacques (1990). « Droits collectifs des salariés et nouveau droit de la prévoyance », *Droit social* 4, avr., pp. 365-369.
- Barthélémy, Jacques (1991). « Fidélité et régimes de retraite à prestations définies », *Droit social* 5, mai, pp. 409-412.
- Bollon, Pierre et Gilles Cossic (1997). « La "loi Thomas" : un dispositif permettant d'assurer l'avenir des retraites des salariés du secteur privé », *Revue d'économie financière* 40, mars, pp. 263-272.
- Boltanski, Luc (1982). *Les cadres : la formation d'un groupe social*. Paris : Ed. de Minuit.
- Briens, Gilles (1990). *L'entreprise et le droit de la protection sociale complémentaire*. Paris : Litec.
- Brugirard, Brigitte (1991). « Passif social des entreprises ou l'iceberg des engagements différés », *Risques* 5, pp. 133-146.
- Bureau of Labor Statistics (1993). *Employee Benefits in Medium and Large Private Establishments, 1991*. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.
- CCMIP (1993). *Rapport annuel 1993*. Secrétariat Général de la Commission de Contrôle des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance, IGAS (non daté).

- CCMIP (1995). *Rapport 1994-1995*. Secrétariat Général de la Commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaires et des mutuelles, IGAS (non daté).
- Commission Minc (1994). *La France de l'an 2000*. Rapport au Premier ministre, Commissariat général du Plan. Paris : O. Jacob/Documentation Française.
- CREDES (1995). Grandfils, Nathalie, Philippe Le Fur, Andrée Mizrahi et Arié Mizrahi. *Santé, soins et protection sociale en 1994 : enquête sur la santé et la protection sociale France 1994*. CREDES. décembre 1995.
- CTIP (1997). *Rapport annuel 1996*. Paris : CTIP (non daté).
- Direction de la Sécurité sociale (n.d.). « Comptes de la protection sociale : régimes complémentaires de salariés : les régimes 124 07 à 124 14 ». (note photocopiée, rédigée après 1986)
- Dupeyroux, Jean-Jacques (1990). « Les exigences de la solidarité : observations sur la désignation d'une institution déterminée pour la gestion d'un régime complémentaire de prévoyance », *Droit social* 11, nov. 1990, pp. 741-750.
- Dupeyroux, Jean-Jacques (1994). « Sur les accords collectifs relatifs à la protection sociale complémentaire des salariés », *Droit social* 9/10, sept.-oct., pp. 820-828.
- Dupeyroux, Jean-Jacques (1995). « En marge du contentieux AGIRC », *Droit social* 7/8, juil.-août, pp. 702-706.
- FFSA (1994). *L'assurance française en 1996*. Paris : Fédération française des sociétés d'assurances
- FFSA (1997). *L'Assurance française en 1996*. Paris : Fédération française des sociétés d'assurances
- Friot, Bernard (1994). « Aux origines interprofessionnelles des régimes de retraite complémentaires français : la naissance de l'AGIRC », pp. 105-121, in L. apRoberts et E. Reynaud (eds), *Les retraites complémentaires : acteurs, enjeux, perspectives*, *La Revue de l'IRES* 15, été.
- Friot, Bernard (1997). « Régime général et retraites complémentaires entre 1945 et 1967 : le paritarisme contre la démocratie sociale », pp. 109-130, in L. apRoberts, C. Daniel, U. Rehfeldt et al. (eds), *Le paritarisme : institutions et acteurs*, *La Revue de l'IRES* 24, print.-été.
- Friot, Bernard (1998). *Puissances du salariat : emploi et protection sociale à la française*. Paris : La Dispute.
- GAP (1997). *Annuaire des assurances des personnes 1997*. Paris : FFSA.
- Gleizes, Michel (1993). « Le salaire de référence de la pension du régime général se calcule sur les vingt-cinq meilleures années », *Retraite et société* 4, pp. 7-29.
- Hannah, Leslie (1986). *Inventing Retirement : The development of occupational pensions in Britain*. Londres Cambridge University Press.
- Hatzfeld, Henri (1971). *Du paupérisme à la Sécurité sociale : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy. (réédition 1989)
- INSEE (1997). « Le coût de la main-d'œuvre en 1992 : résultats de l'enquête coût de la main-d'œuvre et structure des salaires en 1992 », *INSEE Résultats*, n° 529, emploi-revenus, N° 119, février.
- Jourdain-Menninger, D., A. Plassart et P. Ricordeau (1993). *Rapport sur la situation des institutions de retraite supplémentaire*. Paris : Inspection générale des Affaires

sociales et Commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaires et des mutuelles.

- Laigre, Philippe (1990). « La loi prévoyance », *Droit social* 4, avr., pp. 370-386.
- Laigre, Philippe (1995a). « Les institutions de retraite complémentaire et leurs fédérations après la loi du 8 août 1994 », *Droit social* 3, mars, pp. 306-313.
- Laigre, Philippe (1995b). « La retraite collective d'entreprise après la loi du 8 août 1994 », *Droit social* 4, avr., pp. 411-423.
- Laigre, Philippe (1997). « Les plans d'épargne retraite : la main visible du marché », *Droit social* 5, mai, pp. 482-492.
- Langlois, Philippe (1992). « Droit public et droit social en matière de négociation collective : l'ordonnancement du droit public remis en cause par la négociation collective interprofessionnelle », *Droit social* 1, janv., pp. 5-10.
- Langlois, Philippe (1994). « Les accords de prévoyance », *Sur l'entreprise et le droit social, Etudes offertes à Jacques Barthélémy, Droit du travail et Sécurité sociale, Semaine juridique*, hors série, pp. 55-64.
- Langlois, Philippe (1995). « La révision des accords collectifs de retraite après le jugement du Tribunal de grande instance de Paris 28 mars 1995 », *Droit social* 7/8, juil.-août, pp. 696-701.
- Livre blanc sur les retraites : garantir dans l'équité les retraites de demain* (1991). Paris : Documentation Française.
- Lutjens, Erik (1994). « Les régimes de retraite complémentaires aux Pays-Bas », pp. 71-81, in L. apRoberts et E. Reynaud (eds), *Les retraites complémentaires : acteurs, enjeux, perspectives, La Revue de l'IRES* 15, été.
- McGill, Dan M. et Donald S. Grubbs (1989). *Fundamentals of Private Pensions*. 6ème édition. Homewood (Illinois) : Irwin.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (1997). *Les Comptes nationaux de la Santé 1994-1995-1996*. juillet.
- Ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Protection sociale (1989). *Protection sociale complémentaire et marché intérieur européen* (président du groupe de travail, C. Même, rapporteur, P. Laigre, rapporteur-adjoint, M.A. Goupil). Paris.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (1996). *La négociation collective en 1995*. 2 tomes. Paris : La documentation française.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (1997a). *Informations statistiques et financières sur la mutualité, exercice 1994*. Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité. (Produit par la Direction de la Sécurité sociale et le SESI.).
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (1997b). *La négociation collective en 1996*. 2 tomes. La documentation française.
- Overbye, Einar (1994). « Relation entre les régimes de retraite publics et professionnels dans les pays nordiques », pp. 9-28, in L. apRoberts et E. Reynaud (eds), *Les retraites complémentaires : acteurs, enjeux, perspectives, La Revue de l'IRES* 15, été.
- Pollet, Gilles et Didier Renard (1997). « Le paritarisme et la protection sociale. Origines et enjeux d'une forme institutionnelle », pp. 61-80, in L. apRoberts, C. Daniel, U. Rehfeldt et al. (eds), *Le paritarisme : institutions et acteurs, La Revue de l'IRES* 24, print.-été.

- Reynaud, Emmanuel (1992a). « Allemagne », pp. 149-232, in L. apRoberts et E. Reynaud, *Les systèmes de retraite à l'étranger : Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni*. Paris: IRES.
- Reynaud, Emmanuel (1992b). « Royaume-Uni », pp. 233-340, in L. apRoberts et E. Reynaud, *Les systèmes de retraite à l'étranger : Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni*. Paris : IRES.
- Reynaud, Emmanuel (1993). *Revenu des retraités : les régimes privés et autres régimes non publics en France*. Rapport réalisé pour la Direction des affaires sociales, de la main-d'oeuvre et de l'éducation de l'OCDE. Paris : Institut de recherches économiques et sociales.
- Reynaud, Emmanuel (1994a). *Les retraites en France : le rôle des régimes complémentaires*. Paris : Documentation Française (avec un article de Giovanni Tamburi).
- Reynaud, Emmanuel (1994b). « Les différentes logiques de financement des retraites en répartition », pp. 125-139, in L. apRoberts et E. Reynaud (eds), *Les retraites complémentaires : acteurs, enjeux, perspectives*, *La Revue de l'IRES* 15, été.
- Ruellan, Rolande (1993). « Retraites : l'impossible réforme est-elle achevée ? », *Droit social* 12, déc., pp. 911-929.
- Salisbury, Dallas (1993). « Policy Implications of Changes in Employer Pension Protection », pp. 41-58, in Employee Benefit Research Institute, *Pensions in a Changing Economy*. Washington D.C.: EBRI.
- Sass, Stephen (1996). *Les gages du temps : Une histoire des fonds de pension américains*. Paris : Montchrestien.
- SESI (1987). « Les comptes de la protection sociale : méthodes, séries 1981-1986 ». *Documents statistiques*. N° 39, juin.
- SESI (1995). *Les Comptes de la protection sociale, 1990-1995*. Paris : La Documentation Française (non daté).
- Silland, Suzanne et Daniel Bucheton (1986). « La prévoyance collective des salariés : les incertitudes du droit », *Droit social* 4, avr., pp. 313-321.
- Wierink, Marie (1997). « Pays-Bas. Pensions de retraite : un réajustement négocié », *L'avenir des retraites en débat, Chronique internationale de l'IRES* 48, numéro spécial, sept., pp. 39-48.

SIGLES

AFB	Association française des banques
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ARRCO	Association des régimes de retraites complémentaires
BCAC	Bureau commun d'assurances collectives
CCMIP	Commission de contrôle dès mutuelles et des institutions de prévoyance
CCPMA	Caisse centrale de prévoyance mutuelle agricole
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC	Confédération française de l'encadrement
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGC	Confédération générale des cadres
CGPME	Confédération générale des petites et moyennes entreprises
CGRCE	Caisse générale de retraites du personnel des caisses d'épargne
CGT	Confédération générale du travail
CGT-FO	Confédération générale du travail Force ouvrière
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNPF	Conseil national du patronat français
CPPOSS	Caisse de prévoyance des personnels des organismes sociaux et similaires
CRAF	Caisse de retraite d'Air France
CREDES	Centre de recherche d'étude et documentation en économie de la santé
CREPPSA	Caisse de retraite et de prévoyance du personnel des sociétés d'assurances
CRPNPAC	Caisse de retraites du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DARES	Direction de l'animation de la Recherche, des études et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
FER	Fonds d'épargne retraite
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurances
FFSA	Fédération Française des Sociétés d'Assurances
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité française
GAP	Groupement des Assurances de Personnes
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques
IRICASE	Institution de retraite des ingénieurs et cadres supérieurs d'entreprises
PER	Pland'épargne retraite
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information
UIMM	Union des industries métallurgiques et minières
UPA	Union professionnelle artisanale

INSEE : COMPOSANTES DU COUT DE LA MAIN-D'OEUVRE

Poste	Description
COUT HORAIRE	rémunération directe + rémunération indirecte en francs
rémunération directe	salaire + congés payés (comprend toutes les cotisations sociales salariales) - les congés payés sont donnés à part
avantages en nature	logement, véhicules à usage privé, produits de l'entreprise (à l'exclusion des avantages accordés par les comités d'entreprise)
intéressement et participation	participation intéressement abondement de versements sur un plan d'épargne d'entreprise
indemnités	indemnités journalières en cas de maladie, obligatoires et supplémentaires indemnités de chômage partiel à la charge de l'employeur (non remboursées par le FNE) indemnités de préretraite : pour motif économique, contre embauche, préretraite progressive indemnités de licenciement obligatoires et supplémentaires indemnités de départ à la retraite obligatoires et supplémentaires compléments sociaux directs : suppléments familiaux, primés de crèche ou de garde d'enfant, chèques-restaurant
TOTAL DU COUT DIRECT	
sécurité sociale	recouvrées par URSAFF
assurance chômage	UNEDIC et Fonds de Garantie des Salaires
retraites complémentaires	ARCCO & AGIRC
prévoyance complémentaire	prévoyance assurances complémentaires compléments familiaux assurances contre licenciement
autres dépenses sociales indirectes	prestations indirectes : chèques-repas, frais de cantines, services sociaux, versements aux comités d'entreprise et d'établissement
transport	remboursement de 50% du titre de transport frais de ramassage indemnités kilométriques (à l'exclusion de remboursements de transport pour frais professionnels)
construction	participation à l'effort de construction
formation des salariés	taxe d'apprentissage taxe pour la formation professionnelle frais externes de formation professionnelle
TOTAL DU COUT INDIRECT	
ENSEMBLE	

Source : INSEE, 1997, pp. 99-101

COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE :
Prestations versées en 1995

en millions de francs

	régime général de la Sécurité sociale	autres régimes de sécurité sociale	pouvoirs publics	indemnisation du chômage	« régimes d'employeur »	mutuelles	administrations privées	TOTAL
vieillesse	290 774	501 504	30 401	613	5 434	471	0	829 197
maladie	232 735	60 343	6 937	0	9 300	48 225	0	357 540
famille	140 854	199	66 175	0	21 337	0	0	228 665
emploi	0	946	46 821	97 310	14 282	0	0	169 359
survie	21 473	113 542	7 804	9	144	0	0	144 736
invalidité	64 694	22 976	40 257	0	513	1 764	0	129 008
accidents	25 958	9 494	0	0	979	568	0	36 431
divers	0	0	21 882	0	0	0	0	26 105
maternité	20 437	1 123	0	0	23	358	4 223	21 941
TOTAL	797 025	710 127	220 277	97 932	52 012	51 386	4 223	1 932 982

en pourcentage du total

	régime général de la Sécurité sociale	autres régimes de sécurité sociale	pouvoirs publics	indemnisation du chômage	« régimes d'employeur »	mutuelles	administrations privées	TOTAL
vieillesse	15,043%	25,845%	1,573%	0,032%	0,281%	0,024%	—	42,9%
maladie	12,040%	3,122%	0,358%	—	0,481%	2,495%	—	18,5%
famille	7,292%	0,010%	3,423%	—	1,104%	—	—	11,8%
emploi	—	0,049%	2,422%	5,034%	0,739%	—	—	8,2%
survie	1,111%	5,874%	0,404%	—	0,007%	0,091%	—	7,5%
invalidité	3,347%	1,189%	2,083%	—	0,027%	0,029%	—	6,7%
acc. travail	1,343%	0,491%	—	—	0,051%	—	—	1,9%
divers	—	0,058%	1,132%	—	0,001%	0,019%	—	1,4%
maternité	1,057%	—	—	—	—	—	—	1,1%
TOTAL	41,2%	36,7%	11,4%	5,1%	2,7%	2,7%	0,2%	100,0%

Source : SESI , 1995., tableau 26, p. 160

SOURCES DE DONNEES SUR LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

Le recensement présenté ici n'est pas exhaustif. Il demande à être complété et sans doute amélioré, aussi bien dans la présentation que dans son contenu. Il semble néanmoins utile de présenter un classement des informations faisant l'objet de publication régulières par institution productrice. Nous avons ajouté les types de couverture sociale concernés, les organismes assureurs couverts, ainsi que quelques commentaires sur les limites des données.

Les informations sont classées en deux tableaux selon le champ de la protection sociale :

I. protection sociale de base et complémentaire

II. protection sociale complémentaire volontaire

I. PROTECTION SOCIALE DE BASE ET COMPLEMENTAIRE

institution et publications régulières	types de couverture	organismes, champs, lacunes
SESI - comptes de la protection sociale	toutes formes de couverture, classées par risque et par organisme financeur	<p>distingue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mutuelles • régime général • « régimes d'employeurs » <p>manque sociétés d'assurances confond complémentaire obligatoire et complémentaire volontaire</p>
INSEE - enquête coûts de la main-d'œuvre et structure des salaires (tous les 4 ans)	<p>centré plus sur mesure du coût global de la main-d'œuvre que sur sa structure</p> <p>comprend toutes formes de couverture sociale : obligatoire et volontaire, financée directement ou indirectement par l'employeur</p>	<p>distingue salaire direct et prestations sociales versées directement par employeur, mais chiffres peu fiables</p> <p>ne mesure pas cotisations salariales</p>
CREDES - enquête sur la santé et la protection sociale	<p>frais médicaux, surtout consommation de soins</p> <p>échantillon d'assurés du régime général et membres de leurs famille</p>	<p>fréquence d'une couverture complémentaire et d'une prise en charge à 100%</p> <p>catégorie d'organisme assureur comptabilisée selon déclaration des enquêtés</p> <p>ne différencie pas selon type de couverture complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • professionnelle / individuelle • professionnelle obligatoire / professionnelle facultative
ministère chargé de la Sécurité sociale - comptes nationaux de la santé	dépenses de santé, surtout soins et biens médicaux	<p>dépenses par type et par source</p> <p>détaille financement par mutuelles depuis 1992, détaille financement par</p> <ul style="list-style-type: none"> • ménages • institutions de prévoyance • sociétés d'assurances <p>ne comptabilise que indemnités journalières versées par régime de base Sécurité sociale</p>

II. PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE VOLONTAIRE		
institution et publications régulières	types de couverture	organismes, champs, lacunes
ministère charge du travail - bilan annuel de la négociation collective	toutes formes de couverture accords de branche et d'entreprise	depuis 1994, nombre d'accords d'entreprise signés dans l'année et traitant de l'épargne salariale ou de la protection sociale nombre d'accords de branche sur retraite et protection sociale liste des conventions collectives nationales de branche ayant négocié un accord sur la prévoyance, avec types de couverture concernés
CCMIP - rapports (1993 & 1994-1995)	toutes formes de couverture	institutions de prévoyance groupements mutualistes manque sociétés d'assurances distingue couverture collective (obligatoire et facultative) et couverture individuelle quand cela est possible
ministère chargé de la Sécurité sociale (DSS & SESI) - informations sur la mutualité	toutes formes de couverture, avec informations détaillées sur prestations médicales	groupements mutualistes ayant plus de 3500 adhérents (soit plus de 95 % de l'activité des mutuelles) caisses autonomes mutualistes - gèrent risques à long terme (retraite, rentes, etc.) et capitaux dépassant une certaine somme ne distingue pas couverture professionnelle / couverture individuelle ne distingue pas adhésions obligatoires / adhésions facultatives
CTIP - rapports annuels	toutes formes de couverture	institutions de prévoyance en 1996 : 65 institutions adhérentes (sur 87 existantes) activité des membres estimée à 95% des encassements totaux
FFSA - rapports annuels	toute forme d'assurances	sociétés d'assurances, toutes activités
BCAC	assurances collectives des personnes	sociétés d'assurances ensemble des contrats collectifs, dont groupes de salariés mais également groupes d'emprunteurs, associations, etc.
GAP - rapport annuel sur les assurances de personnes	toutes formes de couvertures, collectives et individuelles distingue, dans la protection sociale : <ul style="list-style-type: none"> • assurance-retraite • frais médicaux • décès-invalidité-incapacité 	sociétés d'assurances, assurances des personnes différencie parfois assurances collectives couvrant des groupes de salariés d'autres formes d'assurances de groupe ou de contrats individuels