



CONTRIBUTION AUX RÉFLEXIONS DU CERCLE DE L'ÉPARGNE

LES GROUPES PARITAIRES DE PROTECTION SOCIALE :

QUEL BILAN ? QUEL AVENIR ?

**ÉPARGNE
RETRAITE
PRÉVOYANCE**

**PAR JEAN-MARIE SPAETH, PRÉSIDENT HONORAIRE DE LA
CNAMTS ET DE LA CNAV, AINSI QUE DE L'EN3S**

**ET CÉCILE WAQUET, EXPERTE EN SANTÉ ET PRÉVOYANCE
AU SEIN D'UN GROUPE DE PROTECTION SOCIALE**



WWW.CERCLEDELEPARGNE.COM

SUIVEZ-NOUS SUR    

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance

104-110, Boulevard Haussmann • 75008 PARIS

Tél.: 01 76 60 85 39 • 01 76 60 86 05

contact@cercledelepargne.fr

www.cercledelepargne.com

**CONTRIBUTION AUX RÉFLEXIONS
DU CERCLE DE L'ÉPARGNE
LES GROUPES PARITAIRES DE PROTECTION SOCIALE :
QUEL BILAN ? QUEL AVENIR ?**

**PAR JEAN-MARIE SPAETH, PRÉSIDENT HONORAIRE DE LA CNAMTS
ET DE LA CNAV, AINSI QUE DE L'EN3S**

**ET CÉCILE WAQUET, EXPERTE EN SANTÉ ET PRÉVOYANCE AU SEIN
D'UN GROUPE DE PROTECTION SOCIALE**

Ce document retrace les points de vue échangés par des experts de la protection sociale entre septembre 2016 et juin 2017 dans le cadre d'un groupe de réflexion ayant pour objet de faire le point sur la situation des groupes paritaires de protection sociale : quel bilan, quel avenir ?

Il a été présenté au Cercle de l'épargne le 17 octobre 2017.

SOMMAIRE

SYNTHESE	07
I. BILAN DU PASSÉ : DE FORTES ÉVOLUTIONS DE L'ENVIRONNEMENT JURIDICO-ÉCONOMIQUE ET DE FORTES ATTENTES DE LA SOCIÉTÉ	11
A. <i>Des défis propres aux GPS : l'entrée progressive dans un univers économique de plus en plus concurrentiel</i>	11
B. <i>Des défis communs aux assureurs de personnes : les évolutions sociologiques, juridico-politiques et scientifiques</i>	13
C. <i>Les limites des pouvoirs publics et les nouvelles questions qui se posent pour les GPS</i>	21
II. ESQUISSE DE L'AVENIR : LA NOUVELLE DONNE ET LE NOUVEAU RÔLE QUE POURRAIENT JOUER LES GPS, SOUS CERTAINES CONDITIONS	25
A. <i>La nouvelle donne (ou le bon sens de l'histoire)</i>	25
B. <i>Une place à prendre pour les GPS</i>	35
C. <i>Les conditions politico-juridiques, la gouvernance et la méthode pour procéder aux évolutions</i>	40
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49

SYNTHESE

Destiné à alimenter le débat public sur la protection sociale, ce document fait le point sur la situation des groupes paritaires de protection sociale : quel bilan, quel avenir ?

1. Dans une première partie, il décrit **les mutations ayant affecté l'environnement politique, juridique, économique, sociologique et technologique des institutions de prévoyance (IP) et des groupes paritaires de protection sociale.**

a) **Certaines d'entre elles**, résultant d'évolutions juridiques intervenues dans un contexte économique de plus en plus concurrentiel, **sont propres au monde des institutions de prévoyance**. Conçues en 1946 comme le cadre juridique d'accueil des activités de prévoyance et de retraite complémentaire, ces sociétés de personnes à but non lucratif permettaient aux partenaires sociaux de gérer les accords qu'ils avaient négociés pour améliorer la protection sociale (retraite, prévoyance, santé) des travailleurs salariés. Les entreprises de la branche adhéraient à l'IP de leur branche.

Ces liens étroits se sont progressivement délités : basculement des activités de retraite complémentaire dans le champ des régimes obligatoires alors que les activités de prévoyance restaient dans le secteur concurrentiel ; obligation des institutions de prévoyance de garantir leurs engagements par des capitaux de couverture et assimilation à des entreprises d'assurance soumises aux directives européennes et aux mêmes règles techniques ; remise en cause des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise.

b) S'étant rapprochées de mutuelles et/ou de mutuelles d'assurance, les IP ont pu former des groupes paritaires de protection sociale (GPS), sociétés de personnes à but non lucratif. Ces derniers ont été affectés par **d'autres évolutions, à la fois politico-juridiques, économiques, sociologiques et technologiques, communes à l'ensemble des acteurs de la protection sociale complémentaire**. Considérés, tant pour la retraite que pour la santé, comme une annexe à la sécurité sociale, les GPS ont ainsi subi l'emprise croissante de l'État dans la régulation du secteur. Ils ont dû faire face au vieillissement démographique, à l'éclatement des trajectoires professionnelles (chômage de masse, précarité, non salariat), à un certain déclin des formes traditionnelles de solidarité, ainsi qu'à la révolution numérique et aux progrès médicaux.

Ces évolutions ont déstabilisé les GPS, les exposant à **un monde de plus en plus concurrentiel et de plus en plus contraignant tant sur le plan économique que juridique.**

- c) Elles ont par ailleurs conduit à **de fortes attentes de la population en matière de santé et de protection sociale**. Souvent perçu comme le meilleur du monde, notre système de santé a en effet ses limites, perçues par l'opinion publique et relevées par les classements internationaux. Nos concitoyens sont confrontés chaque jour à des difficultés géographiques, temporelles et financières d'accès aux soins et, devant le vieillissement et la croissance des maladies chroniques, ils se heurtent chaque jour davantage à de réels retards en matière de prévention, de coordination des acteurs de soins, d'orientation des citoyens dans le parcours de santé, tandis que les réponses apportées aux enjeux liés à la prévoyance et à la dépendance restent insuffisantes.
2. Questionnés dans leur modèle, tout en étant à bien des égards indispensables, les GPS sont ainsi confrontés à de nouveaux défis. Comme l'explique la deuxième partie du document, **les orientations du nouveau Président de la République pourraient toutefois, sous certaines conditions, leur donner l'opportunité de retrouver toute leur place dans la protection sociale**.

De manière générale, ce dernier affiche en effet clairement la volonté de faire entrer la France dans une ère nouvelle, où les grandes tendances de fond à l'œuvre depuis quelques années pourraient s'affirmer pleinement. En matière de protection sociale, la trajectoire la plus probable est une évolution **vers un paysage plus simple, plus économe et plus efficace, sans pour autant remettre en cause ses principaux acteurs**.

- a) **En retraite, l'objectif d'un grand régime unifié par point** permettrait de rendre le système plus équitable, plus lisible et plus facile à piloter d'un point de vue économique, mais il est peu probable qu'il puisse, à âge légal de départ inchangé, garantir un niveau de remplacement suffisant pour tous les assurés. Dans ce contexte, **les GPS pourraient avoir intérêt, si les partenaires sociaux le souhaitent, à imaginer de nouveaux outils collectifs d'épargne retraite à capitaux de couverture**. La clef de leur succès résidera dans leur souplesse et leur faculté d'adaptation et supposera un cadre fiscal favorable. Mais plus fondamentalement, pour répondre aux immenses défis du vieillissement de la population, les partenaires sociaux auraient intérêt à conclure un **accord national interprofessionnel sur les questions de prévoyance, de retraite et de dépendance**.
- b) **Quant à la santé**, qui est une préoccupation autant des retraités que des actifs et des plus jeunes, les GPS, comme les autres assureurs, voient leur **place confortée**, puisque, tout en écartant clairement l'idée d'une nationalisation des « complémentaires santé », le nouveau Gouvernement entend bien s'appuyer sur ces acteurs pour améliorer l'accès aux soins, en particulier optiques, dentaires et audio-prothétiques. C'est donc dans un **cadre commun partagé**, plutôt que dans une concurrence avec les régimes de base, qu'il faut envisager le développement du rôle des GPS, **chaque acteur étant appelé à se spécialiser là où, compte tenu de ses spécificités, il est plus efficace**.

Cette question doit être replacée dans une perspective beaucoup plus large, en commençant par définir les priorités. À cet égard, il faut mettre l'accent sur une **approche globale de la santé** : comme l'ont démontré moult rapports, en particulier de l'IGAS et du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, **c'est tout l'environnement amont de la santé qu'il faut améliorer aujourd'hui**, si l'on souhaite éviter des coûts trop élevés en aval : vaccinations, prévention des cancers, des maladies chroniques, des pathologies cardio-vasculaires et des risques professionnels, coordination des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social, orientation des individus dans le parcours de santé.

Or ce sont les GPS qui, de par les affinités professionnelles et géographiques qu'ils ont su créer, sont aujourd'hui les mieux placés pour organiser, en fonction des caractéristiques des populations et des territoires qu'ils connaissent, des politiques de prévention et d'organisation des soins. Ils sont en outre capables de passer d'une protection sociale liée au statut à une protection sociale liée à l'activité, couvrant les actifs quel que soit leur statut.

Une telle évolution, qui ferait des groupes de protection sociale des **acteurs de santé au sens large du terme**, suppose sans doute quelques évolutions juridiques, d'une part pour que les partenaires sociaux retrouvent la **faculté d'organiser une protection sociale durable et solidaire en s'appuyant sur des opérateurs ou groupes d'opérateurs déterminés**, d'autre part pour que les groupes de protection sociale aient les moyens techniques et juridiques de **construire des relations de confiance avec certains professionnels de santé.**

Les pouvoirs publics ne pourront pas relever seuls les nouveaux défis de la protection sociale : ils n'en ont ni les moyens financiers ni la légitimité socio-politique. Les acteurs privés ont donc une place à prendre. Les GPS, sociétés de personnes à but non lucratif, de culture paritaire et mutualiste, sont bien placés pour relever ce défi et apporter des réponses à la fois collectives et individuelles à nos concitoyens. **L'État et la sécurité sociale n'ont pas le monopole de la solidarité : à côté de la solidarité nationale, des solidarités intermédiaires sont indispensables pour éviter une société à deux vitesses.**

I. BILAN DU PASSÉ : DE FORTES ÉVOLUTIONS DE L'ENVIRONNEMENT JURIDICO-ÉCONOMIQUE ET DE FORTES ATTENTES DE LA SOCIÉTÉ

Cette première partie décrit les évolutions ayant affecté l'environnement politique, juridique, économique, sociologique et technologique des institutions de prévoyance et des groupes paritaires de protection sociale.

Les institutions de prévoyance (IP) et les groupes paritaires de protection sociale (GPS) sont confrontés, depuis plusieurs décennies, à des évolutions profondes qui les obligent à s'interroger sur leur mode de fonctionnement traditionnel, à la fois dans leur gouvernance, dans leur stratégie et dans leur administration. Certaines de ces évolutions, résultant d'évolutions juridiques intervenues dans un contexte économique de plus en plus concurrentiel, sont propres au monde des institutions de prévoyance (IP) (A). D'autres, de nature à la fois politico-juridique, économique, sociologique et technologique, sont communes à l'ensemble des acteurs de la protection sociale complémentaire (B). Toutes ces évolutions conduisent à s'interroger sur les limites des pouvoirs publics dans la régulation de la protection sociale et sur les moyens des groupes paritaires de protection sociale pour répondre aux nouvelles attentes de la société (C).

A. DES DÉFIS PROPRES AUX GPS : L'ENTRÉE PROGRESSIVE DANS UN UNIVERS ÉCONOMIQUE DE PLUS EN PLUS CONCURRENTIEL

Longtemps les IP ont pu former un monde à part dans le paysage de la protection sociale complémentaire.

Conçues en 1946 comme le cadre juridique d'accueil des activités de prévoyance et de retraite complémentaire, les institutions de type « L4 » (en référence au Livre 4 du code de la Sécurité sociale qui les mentionnait), sociétés de personnes à but non lucratif, permettaient aux partenaires sociaux de gérer les accords qu'ils avaient négociés pour améliorer la protection sociale des travailleurs salariés. Les entreprises de la branche adhéraient à l'IP de leur branche.

Ces liens étroits se sont progressivement délités, sous l'effet de trois étapes marquantes de nature très différentes, et dont nous ne prenons probablement que maintenant la pleine mesure des effets.

- 1) Tout d'abord, **les activités de retraite complémentaire ont basculé, en application du règlement européen 1408 du 14 juin 1971, dans le champ des régimes obligatoires**, alors que les activités de prévoyance sont restées dans le secteur concurrentiel.

- 2) Ensuite, **les institutions de prévoyance se sont progressivement vues contraintes de garantir leurs engagements par des capitaux de couverture** (loi Évin du 31 décembre 1989) **puis de se soumettre aux directives européennes** (loi du 8 août 1994), étant désormais assimilées à des entreprises d'assurance et soumises aux mêmes règles techniques que celles-ci.

De fait, depuis 2003, les mutuelles, les IP et les assurances sont contrôlées par une même autorité, devenue en 2010 l'ACPR (autorité de contrôle prudentiel et de résolution, qui contrôle également les banques).

En outre, **les contraintes de solvabilité** (directives européennes Solvabilité I adoptée en 2002 et transposée en 2004 puis Solvabilité II adoptée en 2009 et transposée en 2016) **obligeant les acteurs à se rapprocher, les frontières entre les trois types d'acteurs s'estompent**. Sous l'impulsion des partenaires sociaux, se sont progressivement constitués des groupes paritaires de protection sociale (GPS)¹. Ces groupes d'entreprises à unité de pilotage permettent, dans un souci d'unicité de la relation client, de faire coexister, en leur sein, des institutions de retraite complémentaire (au moins une) pilotées par Agirc-Arrco (Association générale des institutions de retraite des cadres et Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés), des institutions de prévoyance, et d'autres acteurs de l'assurance de personnes, mutuelles ou compagnies d'assurances.

- 3) Enfin, cette mise en concurrence s'est accentuée depuis **la remise en cause des clauses de désignation par la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013** dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise : désormais il n'est en principe plus possible de contraindre une entreprise à souscrire à un organisme d'assurance santé ou prévoyance désigné par les partenaires sociaux.

Dotés du même statut d'entreprise d'assurance, les GPS, mutuelles et assureurs capitalistes sont désormais en concurrence pour tous les appels d'offre en assurance de personnes. Ces trois acteurs n'ont plus comme différence que leurs modèles de gouvernance et leurs valeurs. Ils obéissent aux mêmes obligations réglementaires en matière de provisionnement et de sécurité financière. Ils ne sont interrogés que sur les aspects de tarification. C'est le caractère « technique » de l'assurance issu d'une institution administrée paritairement qui prime.

¹ Cf. Accord des partenaires sociaux sur la gouvernance des groupes paritaires de protection sociale du 8 juillet 2009. On dénombre aujourd'hui 16 GPS, dont 6 concentrent l'essentiel de l'activité (plus de 90%) : AG2R LA MONDIALE, HUMANIS, MALAKOFF MÉDÉRIC, KLESIA, PRO BTP, AGRICA (les autres étant, par ordre alphabétique : APICIL, AUDIENS, BTPR, B2V, CGRR, CRC, IRCEM, IRCOM, IRP AUTO, LOURMEL).

Il en résulte, dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, une forte concurrence. Le risque est une guerre des prix et la commercialisation de produits d'assurance santé « low cost » portés par de nouveaux acteurs souples et mieux adaptés aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Cette remise en cause des clauses de désignation affaiblit le modèle de mutualisation professionnelle de branche, qui permettait, lorsque les partenaires sociaux le décidaient, le développement d'actions de solidarité. Le rapport de Dominique Libault sur la solidarité et la protection sociale collective remis en septembre 2015 à la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a mis en relief les difficultés créées par ce nouvel état du droit :

- d'une part, si les entreprises, au nom de la liberté contractuelle, ne sont plus tenues de s'assurer auprès de l'organisme choisi par les partenaires sociaux, les conditions de détermination des garanties risquent de se déplacer au niveau des entreprises, au détriment des branches qui pourraient, grâce à une mutualisation large sur un secteur d'activité homogène, organiser un niveau plus élevé de solidarité ;
- d'autre part, l'absence de clause de désignation pourrait conduire à une différenciation tarifaire plus poussée, tout particulièrement en prévoyance, risque plus lourd que la santé, laissant potentiellement de côté des entreprises au profil de risque plus élevé que la moyenne (les entreprises ayant *a priori* peu de risques n'auront pas nécessairement intérêt à s'assurer auprès d'un organisme d'assurance recommandé², qui, de son côté, n'ayant pas le droit de refuser les entreprises le choisissant, pourrait être finalement conduit à n'assurer que les acteurs les plus risqués) ; une étude menée en 2016 en a fait la démonstration en s'appuyant sur des simulations actuarielles ;
- enfin, le rapport pointe des risques d'accroissement des frais d'acquisition, d'augmentation du coût des contrats individuels et de lacunes dans la prise en charge (contrats courts, contrats précaires).

B. DES DÉFIS COMMUNS AUX ASSUREURS DE PERSONNES : LES ÉVOLUTIONS SOCIOLOGIQUES, JURIDICO-POLITIQUES ET SCIENTIFIQUES

Au moment de la création de la sécurité sociale, en 1945, et jusque dans les années 1970, la société française était plus jeune, plus soudée et plus active (plein emploi) qu'aujourd'hui. La conjonction du vieillissement démographique et de la montée du chômage, ainsi que la précarisation de la société, ont progressivement accru la demande de protection sociale, en particulier de santé, dont le coût a augmenté.

² La loi du 14 juin 2013 a institué un mécanisme de « recommandation » : les partenaires sociaux d'une branche peuvent recommander un assureur, auquel les entreprises sont libres d'adhérer ou pas, mais qui ne peut les refuser ; l'assureur recommandé doit en outre consacrer au moins 2% de ses cotisations à des actions représentant un « degré élevé de solidarité » (droits non contributifs, action sociale, prévention).

Les pouvoirs publics ont été conduits, pour certains domaines de la protection sociale (santé, famille), à déconnecter la question de la couverture sociale de celle de l'activité professionnelle et, de manière générale, à s'investir directement dans la gestion et la régulation de la protection sociale de base et de la complémentaire santé, laissant ainsi bien peu de marge de manœuvre aux partenaires sociaux.

Les progrès scientifiques, caractérisés par la révolution numérique, sont sources de nouvelles questions et opportunités pour les différents acteurs.

1) Les évolutions sociologiques : le vieillissement démographique et l'individualisation croissante ou, plus exactement, le déclin des formes traditionnelles d'organisations collectives et de solidarité

Les évolutions sociologiques sont caractérisées principalement par le vieillissement de la population, ainsi que par la précarisation du marché du travail avec pour conséquences l'éclatement des trajectoires professionnelles et l'individualisation.

a) Le vieillissement de la population

En 2015, pour la 1^{ère} fois depuis 1945, les personnes âgées de 60 ans et plus sont devenues plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans (16,5 millions contre 16,3 millions³) ; à partir de 2030, les premiers baby-boomers entreront dans leur 85^e année. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient âgées de plus de 60 ans, soit une personne sur trois⁴.

Ce vieillissement de la population induit mécaniquement, toutes choses égales par ailleurs et à réglementation constante, une hausse des dépenses de retraite. À cet égard, les réformes successives des retraites ont permis à la fois de limiter leur coût pour les finances publiques et d'améliorer le niveau de vie relatif des retraités, qui est aujourd'hui supérieur de 5% à celui de l'ensemble de la population selon le rapport de décembre 2015 du Conseil d'orientation des retraites⁵.

Mais les problèmes liés au vieillissement se sont déplacés, pour trois raisons principales.

Tout d'abord, chaque report de l'âge de départ à la retraite induit une **hausse des dépenses de prévoyance**, à la fois pour des raisons mécaniques (les invalides passent en retraite plus tard ; toutes choses égales par ailleurs, le nombre d'invalides augmente) et pour des raisons sociologiques (hausse des arrêts de travail due notamment à une main d'œuvre plus âgée).

³ Source : calculs réalisées à partir des données de population totale par âge de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2016 :

http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm

⁴ Source : Tableaux de l'économie française, INSEE, 2016

⁵ Cf. Page 267 du 13^{ème} rapport du Conseil d'orientation des retraites, de décembre 2015. Cette comparaison est effectuée à partir des revenus d'activité, des revenus du patrimoine, des transferts et des prestations sociales, y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage, nets des impôts direct, et tient compte du nombre d'enfants à charge

Ensuite, le vieillissement, ajouté aux progrès de la médecine, se traduit aussi par une **hausse des dépenses de santé**, comme l'a montré le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans une note de 2010 (*Vieillesse, longévité et assurance - maladie*). En effet, les dépenses de santé augmentent avec l'âge pour une génération donnée (les personnes âgées consomment davantage de soins et sont plus souvent sujettes aux poly-pathologies) et, pour un âge donné, on constate une augmentation des dépenses au fil des générations. En outre, le vieillissement a un effet indéniable sur les pathologies chroniques (diabète, cancer...) et donc sur l'entrée dans le régime des affections de longue durée (ALD), remboursées à 100% par la sécurité sociale (dans la limite des tarifs opposables). Les effectifs des ALD ont doublé en vingt ans pour atteindre, tous régimes confondus, 11,3 millions de patients en 2014 (tandis que la population augmentait de 10,7 % sur la même période, soit un rythme de progression dix fois plus rapide) et les dépenses d'ALD représentaient en 2013 61% des dépenses d'assurance maladie⁶.

Enfin, le vieillissement crée de nouveaux besoins, liés au **risque de perte d'autonomie** (situation d'une personne âgée qui n'est pas encore dépendante mais qui présente de premiers signes témoignant d'un début de limitation de son autonomie), à la **dépendance** (incapacité à accomplir seul des actes de la vie quotidienne) et au **quatrième âge** : hébergement, assistance, accompagnement social et soins médicaux spécifiques – même si la vieillesse ne se confond pas systématiquement avec la perte d'autonomie. Sur les 16,5 millions de personnes d'au moins 60 ans, on dénombre aujourd'hui 1,2 million de personnes reconnues dépendantes (bénéficiaires de l'allocation de perte d'autonomie). Ce nombre pourrait doubler d'ici 2060⁷. Une attention toute particulière doit être apportée à la population des personnes de plus de 75 ans : d'après la CNAMTS, 85% d'entre elles souffrent au moins d'une pathologie.⁸

b) L'individualisation croissante ou le déclin des formes traditionnelles d'organisations collectives et de solidarité

La crise des institutions collectives traditionnelles (religions, mouvements politiques, syndicalisme) est accentuée, sous l'effet du chômage de masse et de la précarisation des parcours professionnels, par la crise de la société salariale, mise en évidence par Robert Castel en 1995 dans *Les métamorphoses de la question sociale*.

Cette précarisation se traduit par une pauvreté croissante parmi les plus jeunes. En effet, si globalement, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), le taux de pauvreté relative (60% du revenu médian) a décliné depuis 1970 pour se stabiliser depuis 2004 aux alentours de 13-14% (plus de 8 millions de personnes), selon l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), alors que le taux de pauvreté des personnes âgées a diminué de 85 %, celui des actifs a progressé de 38 % en trente ans.

⁶ Source : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, 2016, pages 208 et 209

⁷ Source : Tableaux de l'économie française, fiche n°9.5, INSEE, 2016 ; Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation, Dossier Solidarité Santé n° 43, DREES, septembre 2013

⁸ Source : Rapport du comité de pilotage des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, janvier 2013

Ces évolutions témoignent d'un décalage entre l'individu et les organisations / institutions constitutives de la solidarité nationale et centrées traditionnellement sur le salariat, qui peinent à prouver leur efficacité. Alain Touraine décrit l'émergence d'un individu voulant construire son existence en ayant non plus une mais de multiples appartenances (cf. Alain Touraine, *Penser autrement*, 2007). Robert Castel souligne « les risques d'éclatement qui menacent aujourd'hui une « société d'individus » dont les régulations collectives sont aujourd'hui ébranlées », tout en relevant que « les transformations considérables auxquelles nous assistons depuis un quart de siècle », caractérisées notamment par une « exigence de mobilité », « ne signifient pas l'effondrement des régulations de la société salariale, mais plutôt leur érosion »⁹.

2) Les évolutions juridico-politiques : l'emprise croissante de l'État et l'abandon du terrain par les partenaires sociaux

À l'origine de leur création en 1945, les organismes de sécurité sociale devaient être gérés par des conseils d'administration composés en majorité par des représentants de leurs bénéficiaires.

La pression sur les finances publiques a conduit les gouvernements successifs à s'investir puissamment dans la régulation de la protection sociale et à déposséder de plus en plus les partenaires sociaux de leur pouvoir de régulation du système de protection sociale, à la fois de base et, selon des modalités différentes selon les risques, complémentaire.

a) En retraite, une régulation à deux étages qui a permis d'améliorer le niveau de vie des retraités

En retraite complémentaire, l'existence d'organismes paritaires antérieurs à la création de la sécurité sociale a rapidement débouché sur un système à deux étages, avec la création, par les partenaires sociaux, de l'Agirc pour les cadres (1947), puis de l'Arrco pour les non cadres (1961). La Loi du 29 décembre 1972 a ensuite généralisé la retraite complémentaire à l'ensemble des salariés et anciens salariés affiliés à titre obligatoire au régime général de Sécurité sociale.

Comme le souligne le rapport de la mission d'information sur le paritarisme de juillet 2016¹⁰, la gestion de l'Agirc et de l'Arrco est pleinement assumée par les partenaires sociaux, qui adaptent régulièrement les paramètres de ces régimes par répartition (valeur du point, âge de départ, montant des cotisations), et fixent les grandes orientations pour assurer l'équilibre financier des régimes (cf. accords de 1993, 1994, 1996, 2001, 2003, 2011, 2013, 2015...).

Toutefois, compte tenu des difficultés financières des régimes Agirc et Arrco (déficits persistants depuis 2009, qui menacent d'épuiser leurs réserves financières à un horizon

⁹ Source : Les grandes questions économiques et sociales, La découverte, 2013 (chapitre XI, La cohésion sociale)

¹⁰ Mission présidée par Arnaud Richard ; rapporteur : Jean-Marc Germain

rapproché), ce paritarisme de gestion reste fortement contraint par l'État (impact des réformes des retraites, procédures d'extension ou d'agrément des accords par l'État, contrôle par la Cour des comptes ou par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

En outre, l'État est intervenu pour garantir un niveau minimum de revenu pour les personnes âgées (création du minimum vieillesse en 1956) et il existe depuis 1983 un minimum contributif propre aux régimes d'assurance vieillesse.

Comme indiqué *supra*, ces réformes ont permis aux retraités d'aujourd'hui de bénéficier d'un niveau de vie relatif supérieur à celui des actifs.

Il faut noter également que le troisième étage, celui de la retraite supplémentaire par capitalisation, reste très faible (2% des pensions de retraite).

b) En santé, l'emprise de l'État s'est avérée beaucoup plus contraignante

En santé, l'État a progressivement tout pris en main : le financement des dépenses, la régulation de l'offre de soins et, pour finir, la régulation du secteur des organismes complémentaires.

La généralisation progressive de la couverture sociale (maladie et famille) à l'ensemble de la population résidente en France (et non plus aux seuls actifs), dont l'aboutissement, en santé, est marqué par la création, en 1999, de la couverture maladie universelle, de base et complémentaire, a conduit **l'État à s'impliquer fortement dans le financement de la sécurité sociale** : création de la contribution sociale généralisée (CSG) en 1990¹¹, affectation à la sécurité sociale d'impôts et taxes pour compenser les exonérations de cotisations patronales mises en place dans le cadre de la politique de l'emploi, révision constitutionnelle du 22 février 1996 prévoyant le vote annuel d'une loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Cet affaiblissement du paritarisme a été accentué par la politique du MEDEF, qui a décidé de ne plus être représenté dans les caisses d'octobre 2001 à 2004.

Parallèlement, au-delà des différents plans d'économies déterminés par le Gouvernement (numerus clausus depuis la loi Boulin de 1971, hausse du ticket modérateur, diminution du prix des médicaments), la création des COG (conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses) et des ARH (agences régionales d'hospitalisation) en 1996, de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et de la HAS (Haute autorité de santé¹²) en 2004, puis des ARS (agences

¹¹ La CSG est assise sur l'ensemble des revenus (non seulement d'activité comme pour les cotisations sociales, mais aussi de remplacement et de patrimoine).

¹² La création de la HAS en 2004 a eu pour objectif de doter les pouvoirs publics d'une autorité scientifique indépendante chargée de trois missions : évaluation pour admission au remboursement des produits, actes, prestations et technologies de santé, recommandations de bonne pratique, de santé publique et médico-économique, certification/accréditation des établissements de santé, des praticiens de certaines disciplines médicales, des sites Internet en santé, de la visite médicale, ainsi que des logiciels d'aide à la prescription

régionales de santé, se substituant aux ARH dont les pouvoirs étaient plus limités) en 2009, a renforcé **la volonté de l'État de maîtriser pleinement l'organisation et la régulation de l'offre de soins sur les territoires.**

Enfin, **l'État a accru son pouvoir sur les organismes complémentaires santé.** Il a d'abord incité les employeurs, par le biais d'exonérations fiscales et sociales (à partir de 1980), à financer des couvertures de prévoyance – santé et retraite supplémentaire. Il a ensuite assorti ces incitations de contreparties de plus en plus strictes : caractère obligatoire et collectif du contrat (loi du 21 août 2003) ; caractère « responsable » et « solidaire » du contrat (loi du 13 août 2004). Si la réglementation est restée assez souple jusqu'en 2013, les complémentaires santé ont progressivement subi une fiscalité croissante¹³ et une hausse des dépenses sur lesquelles elles n'avaient, et n'ont toujours, aucune prise.

La généralisation obligatoire de la complémentaire santé pour les salariés décidée par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord national interprofessionnel (ANI) de janvier 2013, entérinée par les pouvoirs publics par la loi du 14 juin 2013, change radicalement la donne. Elle s'est en effet accompagnée d'une réglementation de plus en plus stricte dont les principaux jalons sont les suivants :

- redéfinition des contrats responsables par un encadrement des niveaux de garanties (réforme de 2014 instituant des planchers et des plafonds) ;
- généralisation progressive du tiers payant (loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016) ;
- contrats normés pour les plus démunis : contrats ouvrant droit à l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé), projet avorté de contrats labellisés pour les seniors¹⁴ ;
- convention médicale du 25 août 2016, qui prévoit, alors que l'UNOCAM (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie) ne l'a pas signée, un accroissement des charges pour les complémentaires santé à la fois de manière indirecte via les hausses de tarifs pour les médecins et de manière directe via la hausse du forfait médecin traitant, taxe de 150 M€ sur les complémentaires santé, qui va passer à 300 M€ en 2019 ;
- nouvelle hausse du forfait journalier hospitalier dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

À terme, c'est donc **un bloc d'assurance maladie de base et complémentaire obligatoire, du moins pour les salariés**, qui semble s'esquisser, sans que l'on perçoive encore bien sa soutenabilité à long terme.

¹³ Passant de 1,75% au moment de la création de la contribution au Fonds CMU en 1999, à 13,27% depuis 2012 (et même 20% pour les contrats non responsables ou non solidaires).

¹⁴ Prévu par la LFSS pour 2016, il devait être encadré par un décret, finalement abandonné, fixant les niveaux de garanties et de prix, l'évolution d'une année sur l'autre ne pouvant dépasser celle prévue dans la LFSS pour l'ONDAM.

Or ce véritable déplacement des « poteaux frontières », qui range désormais les complémentaires santé dans le même « camp » que celui des régimes obligatoires d'assurance maladie, ne s'est accompagné d'aucun accroissement des pouvoirs des complémentaires santé :

- n'ayant pas accès aux données du système national d'information de l'assurance maladie (Sniiram), elles restent des payeurs aveugles, complétant l'assurance maladie de base à partir des flux informatiques Noémie ;
- elles restent dépourvues de tout pouvoir dans la négociation des tarifs des professionnels de santé.

Même si en 1999 les organismes complémentaires ont réussi à participer à l'administration de la CMUC, et si la constitution de l'UNOCAM en 2004 a paru préfigurer un rôle aux côtés de l'UNCAM, ces hirondelles n'ont pas fait le printemps. Il est vrai que la tentation globale de Claude Bébéar en 1996 de voir confier des pans entiers de l'assurance maladie aux assureurs complémentaires avait provoqué un tollé.

3) Les évolutions scientifiques : la révolution numérique et les progrès médicaux

a) La révolution numérique

Caractérisées par la dématérialisation des flux, le développement des services numériques et la digitalisation, les évolutions technologiques bouleversent l'économie générale de la protection sociale. Elles rendent en effet possible l'arrivée rapide de nouveaux acteurs agiles sur le marché : courtiers (80% des appels d'offre sont courtés) ; banquassureurs ; sociétés de services ; « GAFA » (Google, Amazon, Facebook, Appel) ; toute société de services ayant une relation numérique privilégiée avec les personnes sera tentée, tôt ou tard, de leur offrir des produits d'assurance tarifés au plus près de leurs attentes. Sans devoir être surestimée, l'arrivée sur le marché de la start-up Alan (agrée par l'ACPR le 20 octobre 2016), qui mise tous ses efforts sur la simplicité d'accès et le « 100% en ligne », est à cet égard emblématique.

La présentation, en septembre 2016, de l'offre Vitality de Generali¹⁵ a suscité un débat sur les risques de développement d'une assurance comportementale (tarification selon les comportements) qui mettrait de côté les assurés les plus risqués. C'est un enjeu très important au regard du modèle de solidarité que les partenaires sociaux souhaiteraient promouvoir. À ce stade, la réglementation ne permet pas d'évoluer vers ce type d'assurances comportementales, mais elle pourrait évoluer.

¹⁵ Cette offre, facultative, permet depuis 2017 aux salariés des entreprises assurées chez Generali d'être récompensés (par des réductions et bons cadeaux chez les partenaires du programme) s'ils suivent un programme de prévention élaboré en fonction de leur mode de vie et de leur bilan de santé.

b) Les progrès médicaux

Les progrès médicaux sont de deux natures principales et ont plusieurs conséquences pour les assureurs.

Ils sont d'abord **intrinsèques aux progrès de la science médicale** :

- médicaments innovants, qui posent généralement la question de leur prise en charge, comme l'a mis en évidence le rapport Charges et produits de la CNAMTS de juillet 2015 (cf. en particulier l'arrivée sur le marché du médicament Solvadi, médicament de Gilead, le plus efficace contre l'hépatite C, ALD 6, extrêmement coûteux¹⁶) ;
- progrès de la génétique, rendant possible une médecine prédictive, avec le séquençage du génome, ce qui pose la question de l'avenir de l'assurance ; en effet, la connaissance croissante des données pourrait permettre de prédire la réalisation des risques et éviterait, selon certains, de s'assurer.

Ils sont ensuite **liés aux impacts des nouvelles technologies de l'information et de la télécommunication sur les pratiques médicales**, qui peuvent désormais prendre des formes nouvelles :

- télémédecine¹⁷ : téléconsultations (notamment en zone rurale), téléexpertise, télésurveillance, téléassistance ;
- objets médicaux connectés, notamment pour assurer le suivi à distance des traitements, de la situation des patients (hydratation, surveillance pondérale, pratique sportive, suivi du taux d'indice glycémique...), particulièrement utile pour les personnes dépendantes à domicile ;
- conseils en santé sur application mobile ou via les réseaux sociaux (« santé connectée »).

Il en résulte des possibilités d'automédication et de suivi à distance qui révolutionnent les pratiques médicales.

¹⁶ Également dénommé « Sofosbuvir », ce médicament a été rapidement disponible en France dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation pour un prix de 18 600 € pour un mois de traitement soit 56 000 € pour les 12 semaines recommandées par les hématologues. Le coût pour l'assurance maladie obligatoire était de 440 M€ de janvier à août 2014. Depuis, le prix du médicament a été abaissé à 41 000 € pour trois mois de traitement. Le rapport dénonce aussi le prix insoutenable de certains médicaments contre le cancer (cite une étude menée aux USA sur 58 anticancéreux approuvés entre 1995 et 2013, qui fait état d'un quadruplement en 20 ans). Également pointés du doigt les traitements contre les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, qui peuvent aller de 30 € (pour les immunodépresseurs, qui doivent être prescrits en première intention) à 1000 € par mois.

¹⁷ Article L6316-1 du Code de la Santé (art. 78 de la loi du 21 juillet 2009) : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »

C. LES LIMITES DES POUVOIRS PUBLICS ET LES NOUVELLES QUESTIONS QUI SE POSENT POUR LES GPS

1) Les limites des pouvoirs publics pour répondre aux nouvelles attentes de la société

Les pouvoirs publics ont des moyens limités devant l'ampleur des enjeux et des nouvelles attentes de la société liés à la santé, à la prévoyance et à la dépendance.

En effet, malgré leur intervention, **de nombreux problèmes persistent** :

- celui de **l'accès financier aux soins** (dépassements d'honoraires¹⁸, coût des soins et dispositifs médicaux en optique et en dentaire, renoncement aux soins¹⁹) ;
- celui de **l'accès géographique aux soins** (« déserts médicaux » non seulement dans les zones rurales mais aussi dans certaines zones urbaines sensibles)²⁰ du fait d'une répartition inégale des médecins sur le territoire et d'une stagnation des effectifs depuis une dizaine d'années, la croissance des départs à la retraite venant contrecarrer la légère hausse du numerus clausus (rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2015) ;
- celui de **la santé bucco-dentaire**, qui reste préoccupante comme l'a encore rappelé la Cour des comptes dans l'un de ses derniers rapports sur la sécurité sociale ;
- celui du **financement des dépenses**, en particulier d'hébergement, des personnes en perte d'autonomie (la création de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne suffisent pas ; toutefois, les pouvoirs publics ont abandonné les idées de cinquième risque et de recours sur succession) ;
- celui de la **couverture du risque prévoyance** – l'ANI de janvier 2013 prévoyait des négociations en 2016 en vue de sa généralisation, mais cela n'a pas été fait.

¹⁸ 2 Mds€ su 18 Mds€ d'honoraires médicaux totaux selon un rapport de l'IGAS de 2007. 2,8 Mds€ en 2014 (dépassements d'honoraires des médecins), soit une progression de 6,6% par rapport à 2012 selon l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, qui regroupe le Collectif interassociatif sur la santé, 60 Millions de consommateurs et Santéclair.

¹⁹ Selon la Cour des comptes, rapport de 2016, s'appuyant sur les données de l'IRDES : de 15% pour une consultation chez le médecin à 41% pour des soins dentaires, pour une personne ne bénéficiant pas de couverture complémentaire

²⁰ L'inversion de la courbe du numerus clausus à partir de 2001 ne suffira pas à compenser la forte diminution décidée entre 1980 à 1998 ni les départs en retraite. Quelques chiffres sur les déserts médicaux : 798 médecins pour 100 000 habitants à Paris (en moyenne, étant précisé que certains arrondissements parisiens sont sous-dotés) vs 180 pour 100 000 habitants dans l'Eure (source : INSEE) ; 14,6 millions de personnes vivent dans un territoire où l'offre de soins libérale est « notoirement insuffisante ». (source : sondage UFC Que choisir ? 2016)

En outre, si les réformes menées par l'État partent *a priori* d'une bonne intention, elles conduisent à reporter sur les acteurs privés des règles qui ne sont pas adaptées au modèle économique de ces derniers et induisent, de ce fait, des effets pervers et des contradictions :

- **segmentation croissante** versus objectif de mutualisation (ACS, projet avorté de contrats seniors, chèque santé, dispense d'affiliation au régime d'entreprise...);
- **accroissement du risque d'inégalité d'accès aux soins** puisque la prise en charge des dépassements d'honoraires est plafonnée (toute la question est de savoir si les professionnels de santé diminueront vraiment leurs dépassements d'honoraires).

Ces constats sont corroborés par le déclin de la France dans certains classements internationaux.

- Ainsi, sur 36 pays, la France occupe la **11^e position du classement établi par l'Indice européen des consommateurs de soins de santé**, alors qu'elle était 1^{ère} il y a dix ans. La détérioration de l'accès aux soins est le principal facteur explicatif de cette baisse.
- De même, parmi les 11 pays étudiés dans le **sondage Commonwealth Fund**, la France se situe en avant-dernière position en termes de part de la population estimant que le système de santé fonctionne bien (40%). 49% des Français estiment que des changements fondamentaux sont nécessaires, et les 11% restant estiment que le système doit être complètement reconstruit.
- Enfin, **dans le dernier classement de l'OCDE (2017)**, si la France reste dans le peloton de tête (avec l'Espagne et l'Italie) en termes d'espérance de vie à la naissance (82,8 ans en 2014 contre 80,9 ans en moyenne dans les pays de l'UE), elle **marque le pas sur plusieurs indicateurs** :
 - **« l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes reste plus important que dans la plupart des autres pays de l'OCDE (6,5 ans en France par rapport à 5,5 ans en moyenne dans les pays de l'UE). Ceci est dû principalement à une plus grande prévalence des facteurs de risque chez les hommes ».**
 - **« La France doit renforcer ses efforts dans le domaine de la prévention. La France est reconnue pour la qualité de son système de soins de santé, mais la prévention reste un maillon faible. Les dépenses de prévention en France ne représentaient en 2014 qu'environ 2% des dépenses courantes de santé, contre 3% en moyenne dans les pays de l'UE. Certains facteurs de risque pour la santé en France ne datent pas d'hier – le tabagisme et l'alcool par exemple. Des politiques de prévention efficaces doivent être poursuivies sans relâche pour réduire encore plus ces facteurs de risque, notamment chez les adolescents, avant que les mauvaises habitudes de vie**

*ne s'acquièrent. De nouveaux facteurs de risque apparaissent aussi, notamment les problèmes de surpoids et d'obésité chez les jeunes et les adultes, souvent liés à une mauvaise alimentation et à un manque d'activité physique. Même si pour l'instant les taux d'obésité en France restent inférieurs à la plupart des autres pays de l'UE, ils sont en augmentation et le **manque d'activité physique** parmi les jeunes fait craindre que ces taux continuent d'augmenter à l'avenir »²¹.*

2) De nouvelles questions pour les GPS

a) Un modèle paritaire remis en question – désormais, rien n'est acquis

Comme nous l'avons vu, le modèle paritaire de la protection sociale complémentaire est aujourd'hui questionné.

Les IP, jusque-là support juridique des accords de branches, perdent leur caractère consubstantiel d'acteur paritaire administrant des sociétés de personnes à but non lucratif.

b) De fortes attentes – une place à prendre

Les GPS sont en outre affectés par d'autres évolutions, communes à tous les organismes de protection sociale complémentaire.

Les attentes et les besoins de la population ont évolué.

Alors même que les complémentaires santé sont devenues indispensables à l'accès aux soins, l'État s'évertue à les pénaliser financièrement (croissance de la fiscalité) et à les déposséder de toute capacité d'initiative.

Les GPS sont passés dans un monde devenu plus concurrentiel et doivent, pour relever ce défi, répondre aux attentes nouvelles d'une société en mutation.

À quelles conditions, et de quelle façon, peuvent – ils y parvenir ?

Il appartient aux partenaires sociaux gouvernant les groupes de protection sociale de faire la démonstration de leur spécificité et de leur valeur ajoutée par rapport aux autres acteurs.

²¹ Source : OCDE, Panorama de la Santé, Europe 2016, *Comment la France se positionne ?*

II. **ESQUISSE DE L'AVENIR : LA NOUVELLE DONNE ET LE NOUVEAU RÔLE QUE POURRAIENT JOUER LES GPS, SOUS CERTAINES CONDITIONS**

L'objet de cette deuxième partie est de se projeter dans l'avenir, au regard des attentes de la société décrites *supra* et des grandes lignes tracées par le nouveau président de la République.

De manière générale, ce dernier affiche clairement la volonté de faire entrer la France dans une ère nouvelle, où les grandes tendances de fond à l'œuvre depuis quelques années vont pouvoir s'affirmer pleinement :

- une Europe plus fédérale,
- une acceptation lucide de l'économie de marché,
- une universalisation de la protection sociale à la fois dans ses prestations et dans son financement,
- une place plus importante pour l'individu et l'entreprise,
- la fin d'un certain paritarisme,
- le creusement des écarts entre une France urbaine et une France rurale (écarts à la fois en termes économiques, sociologiques, administratifs et politiques).

A. LA NOUVELLE DONNE (OU LE BON SENS DE L'HISTOIRE)

La trajectoire décrite ci-dessous est celle qui paraît la plus logique, la plus emprunte de « bon sens », allant doucement vers un paysage de protection sociale plus simple, plus économe et plus efficient, sans pour autant remettre en cause ses principaux acteurs. Les évolutions qui se dessinent ne pourront en effet être réalisées que lentement. Leur niveau de maturité est divers selon les risques envisagés.

1) **Retraite : vers un régime obligatoire unique par point**

Dans *Révolution*, le candidat Emmanuel Macron a privilégié une autre façon de penser l'avenir de notre système de retraites : alors que jusqu'ici toute réforme des retraites était d'abord envisagée sous l'angle de paramètres économiques (âge de départ, niveau des cotisations et niveau des pensions), **la priorité est désormais donnée à l'équité entre actifs au regard des droits à la retraite.**

Ainsi pouvait-on lire dans le programme d'Emmanuel Macron :

« En France, la République est née de l'abolition des privilèges. Et pourtant, ils sont encore nombreux ! Notre pays se veut la patrie de l'égalité. Mais le favoritisme fausse souvent les choses. Les privilèges bloquent notre société. La reconnaissance n'est pas toujours au rendez-vous pour ceux qui font des efforts. Cela doit changer. Nous voulons une société où tous ont les mêmes droits, tous ont les mêmes devoirs et tous sont

soumis aux mêmes règles. Nous voulons en finir avec les passe-droits, les arrangements, la fraude, la corruption. »

*S'agissant des **retraites**, « un système universel avec des règles communes de calcul des pensions sera progressivement mis en place. Le fait de changer d'activité ou de secteur sera sans effet sur les droits à la retraite. Avec un principe d'égalité : pour chaque euro cotisé, le même droit à pension pour tous ! » « **La suppression du régime spécial des retraites des parlementaires. Ils seront rattachés au régime général.** »*

« Nous ne toucherons pas à l'âge de départ à la retraite, ni au niveau des pensions ».

L'objectif d'un régime universel par point est légitime, mais il pose un certain nombre de questions pour sa mise en œuvre. En outre, il risque de ne pas être suffisant s'il s'accompagne d'un *statut quo* sur le niveau des pensions, des cotisations et de l'âge de départ à la retraite. Reste également à clarifier la question du régime complémentaire obligatoire Agirc-Arrco.

a) Vers l'unification des régimes de base dans un régime unique par point

Le nouveau président de la République a annoncé l'unification des régimes de retraite dans un grand régime unique par point.

Cet objectif passe d'abord par l'unification des régimes de base. Ce n'est pas une mince affaire puisqu'il existe aujourd'hui une vingtaine de régimes (mixant souvent base et complémentaire)²².

L'introduction d'un régime par points (ou « comptes notionnels »), qui a été opérée notamment en Suède et en Italie présenterait **de nombreux avantages** :

- l'avantage de l'**universalité** : chaque mois, les salariés cotisent ; chaque cotisation équivaut à un certain nombre points ; chaque point a une valeur actuarielle équivalent à un capital retraite ;
- l'avantage de la **liberté** : le salarié est libre de partir à l'âge de son choix en fonction du niveau de capital ou de rente qu'il souhaite (plus il part tôt, moins la rente qu'il percevra sera élevée) ; ce système favorise aussi la **mobilité** professionnelle (aujourd'hui la complexité du passage d'un régime à l'autre est un frein à la mobilité), ce qui va dans le sens de la liberté également ;
- l'avantage de la **facilité de pilotage** puisque la valeur du point peut être modifiée selon les paramètres d'équilibre du régime ;

²² Salariés du régime général, fonctionnaires de l'État, ouvriers de l'État, fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, régimes particuliers (RATP, SNCF, Banque de France, Mines, Industries du gaz et de l'électricité, Comédie française, Clercs et employés de notaires, Marins, Personnel de l'Opéra de Paris, Port autonome de Strasbourg), salariés agricoles, artisans, industriels et commerçants, professions libérales, avocats, exploitants agricoles, religieux...

- l'avantage de rester dans un régime par **répartition** ;
- l'avantage, enfin, de la **lisibilité** pour les assurés.

Pour toutes ces raisons, le passage à un régime par point est une réforme de bon sens. Elle supposerait cependant de **lever plusieurs séries de questions** :

- Des questions techniques relatives aux **différentes populations** couvertes et aux diverses périodes à prendre compte :
 - Comment traiter les métiers où les **âges** de départ sont différents ?
 - Pour les **fonctionnaires**, qui bénéficient d'un financement plus important de leur retraite par l'employeur public (donc par l'impôt), un alignement sur le privé risque d'être douloureux.
 - Quid des **non-salariés**, qui ont souvent constitué une épargne donc n'ont pas forcément les mêmes besoins ?
 - Faut-il tenir compte, et si oui comment, de la maladie, de la **pénibilité**, du veuvage ?
 - Comment étendre les règles relatives à la pénibilité aux **régimes spéciaux**, qui tirent leur légitimité en partie de conditions de travail plus difficiles que d'autres professions.
- Même si par définition un régime par point est un système à cotisations définies, par opposition à un régime à prestations définies, se poseront plusieurs questions relatives au **niveau de prestations** souhaité :
 - **Quel taux de remplacement ?** Aujourd'hui, compte tenu des règles de calcul des retraites, 10 % des retraités perçoivent une pension supérieure à 92,5 % de leur salaire net moyen de fin de carrière, tandis que 10% touchent une pension correspondant à moins de 53,4 % de leur salaire net moyen de fin de carrière²³. Quel sera l'impact d'un régime par point ? L'objectif est – il un même taux de remplacement pour tous ou variable selon les tranches de revenu ?
 - Pour définir ce taux de remplacement, faut-il raisonner en termes de niveau de retraite ou, plus largement, de niveau de **revenu global** dont un retraité a besoin ?
- **Quel degré de solidarité ?** Aujourd'hui, le financement est contributif à hauteur de 66%²⁴. Sans compter les pensions de réversion (qui représentent un peu plus d'un dixième du total des pensions de retraite), les droits à retraite attribués au titre de la solidarité (en cas de retraite faible, d'activité réduite en raison du chômage ou de la maladie, ou de présence d'enfants) représentent environ un

²³ Source : DREES, Études et résultats de juillet 2015, chiffres relatifs au taux de remplacement médian du salaire net moyen de fin de carrière par la retraite pour les retraités de droit direct de la génération de 1946

²⁴ Source : COR, 2013, fiche n°4 du document d'information de mai 2013 : « En 2011, les ressources du système de retraite provenaient pour 66 % des cotisations sociales prélevées sur les revenus d'activité des 25,8 millions de personnes en emploi, pour 16 % de contributions visant à équilibrer certains régimes spéciaux de salariés, versées pour l'essentiel par l'État, pour 11 % d'impôts et taxes, pour 4 % de transferts en provenance de l'assurance chômage et de la branche famille de la Sécurité sociale, et pour 3 % de ressources de gestion ».

cinquième des pensions de retraite hors réversions (celles-ci représentant elles-mêmes un peu plus d'un dixième du total de pensions de retraite)²⁵. La réforme devra tenir compte de la nécessité de garder un filet de sécurité couvert par la solidarité nationale pour ceux qui auraient de trop faibles niveaux de retraite.

- **Quel régime unifié** voulons – nous ? Souhaitons – nous aller, comme l'a fait la Suède, jusqu'à un pilotage automatique ?
- Faut-il une réforme établie **sur plusieurs années** ou une réforme immédiate ? Le régime par point permettrait une liquidation fictive transformée en capital, avec une conversion permettant de ne léser personne.
- **Quelle articulation avec le régime AGIRC ARRCO ?** Ce dernier est-il également appelé à être absorbé par le régime de base ?

b) Vers l'unification des régimes de base et complémentaires dans un grand régime unique par point ?

En application de l'article 10 de l'accord national interprofessionnel du 30 octobre 2015, les régimes Agirc-Arrco fusionneront au 1er janvier 2019 dans un régime unifié de retraite complémentaire paritaire et par répartition (RURC).

Pour aller jusqu'à un grand régime unique par point, il faudrait procéder à une unification de ce RURC avec la CNAVTS.

Cette idée est intéressante et paraît cohérente :

- Le régime serait obligatoire pour les salariés.
- Il serait unique pour les salariés, la distinction cadre/non cadre étant appelée à disparaître avec l'unification prévue des régimes Agirc-Arrco.

Plusieurs difficultés apparaissent néanmoins :

- Il faut d'abord résoudre les questions posées par la création du régime unifié de retraite complémentaire, en particulier en ce qui concerne sa gouvernance et son articulation avec celle des GPS. Le risque serait en effet une remise en cause de cette activité pour les GPS.
- Il faut ensuite résoudre la question de la gouvernance paritaire du régime complémentaire : dans quelles conditions pourrait-elle être maintenue en cas de fusion avec le régime obligatoire de base ?
- Que deviendraient les salariés gestionnaires des institutions de retraite complémentaire ?
- Devra enfin être résolue la question de la retraite complémentaire des non salariés.

Dans tous les cas ces évolutions supposeront :

²⁵ Même source.

- des conversions et des adaptations
- et une méthode de négociation avec les partenaires sociaux, d'une part au regard des régimes spéciaux, d'autre part au regard d' Agirc-Arrco.

c) L'unification des régimes peut-elle être la seule réponse à la question des retraites ?

Le programme présidentiel exclut à ce stade la question du recul de l'âge de départ à la retraite. Il ne semble pas davantage enclin à augmenter les cotisations ni à réduire le niveau des pensions. La feuille de route de la Ministre des solidarités et de la santé adressée au Premier ministre le 15 juin 2017 précise que la réforme sera « *progressive, sur une période d'environ dix ans* » et que « *l'âge légal minimal de la retraite restera fixé à 62 ans* ».

Pourtant, les dernières projections du COR²⁶ mettent en évidence le caractère beaucoup trop optimiste des précédentes hypothèses et l'incapacité des régimes de retraite par répartition à assurer le financement des pensions sans réforme : le retour à l'équilibre du système serait repoussé d'au moins quinze ans, à 2040 dans le meilleur des cas. Dès 2021, le déficit des retraites s'alourdirait à 0,4 % du PIB, c'est-à-dire près de 9 milliards d'euros. Même si le président du COR relativise ces résultats (rapportées au PIB, les dépenses de retraite vont diminuer dans trois scénarios sur quatre, et resteront inférieures à leur niveau actuel de 14 % au moins jusqu'en 2060), force est de constater que les recettes seront moins dynamiques du fait de la démographie et de la diminution du nombre de fonctionnaires qui rapportent plus de ressources au système de retraite en moyenne.

Or un relèvement des cotisations retraite aggraverait le niveau de prélèvements obligatoires.

Si l'on part du principe, en prenant l'exemple du modèle suédois ou italien, que le régime par point permet au salarié d'ajuster le niveau de sa retraite en fonction de son âge de départ, on peut penser qu'il ne sera pas non plus envisagé de reporter l'âge légal de départ à la retraite.

Toutefois, il restera une place pour la capitalisation, encore très peu développée. Un mélange répartition – capitalisation, comme cela existe pour la fonction publique, est souhaitable afin de diversifier les stratégies de constitution d'un capital retraite dans un univers incertain (voir *infra*).

En tout État de cause, ces évolutions obligent les GPS à se repositionner sur la question de la retraite, en l'abordant de manière plus large, sous l'angle du vieillissement et de ses impacts sur la prévoyance et la dépendance (cf. *infra*).

²⁶ Rapport du COR de juin 2017

2) Santé : vers un deuxième étage obligatoire de plus en plus normé

a) Tout État ou tout privé : la confirmation du rôle majeur des acteurs privés dans le financement de la santé

Au cours de la campagne électorale précédant les présidentielles, des candidats mais aussi des experts se sont exprimés sur l'architecture du financement et sur la finalité de notre système de santé.

Trois grands axes d'évolution ont été évoqués :

- tous les soins essentiels seraient pris en charge à 100 % par la sécurité sociale ;
- tous les soins essentiels seraient pris en charge à 100 % grâce à la nationalisation des complémentaires santé ;
- une partie du remboursement des soins (petits risques) serait transférée aux complémentaires, et un bouclier sanitaire serait instauré (reste à charge modulé selon des critères de ressources).

Si l'on regarde les chiffres, force est de constater que la consommation de soins et de biens médicaux est aujourd'hui cofinancée par l'assurance maladie obligatoire (77% ; 78,4% si l'on y ajoute l'État), les complémentaires santé (13,3%) et les ménages (8,3%)²⁷.

Derrière cette moyenne, ce cachent certes des disparités : les soins hospitaliers sont remboursés à 92% par l'assurance maladie obligatoire, les soins de ville à 65 %, les médicaments à 69 %, les autres biens médicaux à 44 %...

Mais 96 % des Français bénéficient aujourd'hui, grâce à la double couverture de base et complémentaire, d'une prise en charge à 100 % de leurs frais de santé, dans la limite des tarifs opposables de la sécurité sociale, sur un périmètre de biens et de services défini par la puissance publique. Cette situation résulte de trois faits :

- la complémentaire santé est devenue, depuis le 1^{er} janvier 2016, obligatoire pour les salariés ;
- la couverture complémentaire santé est normée par la puissance publique dans le cadre des « contrats responsables » ;
- les plus démunis bénéficient d'une couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui couvre, non seulement le ticket modérateur, mais aussi les participations forfaitaires, le forfait journalier hospitalier et, dans la limite de certains plafonds, les dépassements de tarifs pour les lunettes et les prothèses dentaires et auditives ainsi que pour certains dispositifs médicaux ; en outre, les personnes couvertes par la CMUC ne peuvent, sauf exigence particulière, se voir facturer de dépassements d'honoraires et bénéficient du tiers payant ainsi que d'une réduction sur leurs factures de gaz et d'électricité.

²⁷ Source de ces statistiques et des suivantes : DREES, 2017, *Les dépenses de santé en 2016*, page 24

Avec la généralisation progressive du tiers payant pour le régime de base comme pour les complémentaires, les assurés seront bientôt pris en charge à 100 % et sans avance de frais sur un panier de biens et de services déterminé, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale ; les statuts d'ALD (affections de longue durée, prises en charge à 100% par la sécurité sociale dans la limite des tarifs opposables) et de CMUC ne seront donc plus une distinction pertinente pour les citoyens.

Une immense majorité de nos concitoyens est peu au fait de ces réalités.

À l'évidence, **l'analyse objective de cette situation milite non seulement pour une clarification de l'architecture du financement de notre système mais aussi pour une redéfinition des missions des deux composantes qui financent l'accès aux soins.**

L'analyse des différents projets un temps envisagés montre que les solutions radicales ne tiennent pas la route :

- **La prise en charge à 100 % des soins par la sécurité sociale n'apporterait aucune plus – value :** ni aux malades, ni à nos concitoyens, ni aux professionnels de santé. Elle n'aurait pour seule conséquence que d'augmenter les prélèvements obligatoires.

Outre son absence de valeur ajoutée pour les patients, l'idée de la nationalisation des complémentaires conduirait à la disparition des complémentaires, qui pour l'essentiel sont à but non lucratif et relèvent des sociétés de personnes (mutuelles et régimes paritaires).

De plus, deux arguments mis en avant par ses promoteurs ne résistent pas à l'analyse.

D'une part, la comparaison des frais de gestion de la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie) avec ceux, supérieurs, des complémentaires, relève de la manipulation statistique : plus de 50% des dépenses de la CNAM consistent en de simples virements bancaires aux hôpitaux et autres institutions alors que les complémentaires remboursent principalement (à plus de 80%) des actes médicaux, médicaments et autres produits de santé à des millions de patients et/ou des milliers de professionnels.

D'autre part, la comparaison avec le régime d'Alsace-Moselle n'est pas pertinente dès lors que ce régime est géré par un conseil d'administration autonome et financé par les cotisations des seuls salariés, alors que les employeurs sont aussi mis à contribution pour financer le régime général.

Cette proposition est à l'évidence une impasse.

- **Le partage entre base et complémentaire sur des bases médicales**, qu'elle qu'en soit l'architecture (petit risque / gros risque, ville / hôpital, prise en charge au premier euro des dépenses d'optique et dentaires, etc...) et quelles que soient les garanties apportées, **n'est pertinent ni du point de vue de la prise en charge médicale des patients** (la communauté médicale est unanime sur ce point), **ni du point de vue économique et sociétal**.

En effet, très rapidement, un tel dispositif conduirait à une société à deux vitesses : d'un côté ceux qui verraient leur panier de soins progressivement limité compte tenu du décalage entre le niveau de prélèvements obligatoires supportable pour la collectivité et le coût croissant de la santé sous l'effet du vieillissement et des innovations médicales, et de l'autre ceux qui auraient les moyens de payer ce coût croissant de la santé.

- **Enfin, l'existence d'assurances santé privées n'est pas une spécificité française²⁸**.

L'analyse comparative des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE montre que coexistent dans tous les pays, à des degrés divers, des financements publics (assurances sociales ou financement par l'impôt), des financements par des assurances privées et des dépenses payées directement par les patients, même si le **cas de la France est assez spécifique, dans la mesure où elle intervient non pas sur un champ particulier de population ou de dépenses, mais toujours en complément de l'assurance maladie de base**.

En tout État de cause, c'est pour l'instant le *statu quo* qui semble l'avoir emporté, puisque le rôle des acteurs privés dans le financement de la santé se trouve conforté par le nouveau Gouvernement.

b) Des acteurs privés indispensables mais qui seront de plus en plus normés

Si la place des groupes de protection sociale dans le financement des dépenses de santé ne semble pas devoir être remis en cause, la volonté de normer toujours davantage les contrats santé a été affichée.

Ainsi pouvait-on lire dans le programme d'Emmanuel Macron : « **S'agissant des lunettes, des prothèses dentaires et de l'audition, nous fixons l'objectif de 100% de prise en charge pour 2022, car la couverture reste trop faible aujourd'hui. Nous réaliserons cet objectif sans augmenter le prix des mutuelles. Pour cela, nous favoriserons la concurrence, en instaurant notamment 3 contrats types que devront proposer assureurs et mutuelles pour garantir la transparence et faciliter les comparaisons** ».

²⁸ Comme le montrent Valérie Paris, Dominique Polton la Revue EN3S n°49 Juin 2016, *L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?*

Selon lui, la « concertation » et la « responsabilisation » des financeurs public et privés et des professionnels de santé permettra de gagner en efficience. « La couverture est mal organisée car il y a une déresponsabilisation collective, les coûts s'envolent », a-t-il diagnostiqué.

Ainsi, le candidat avait prévu de ranimer la concurrence entre les complémentaires, en créant trois contrats types faciles à comparer. Cette solution semble s'inspirer de la réforme de l'aide à la complémentaire santé de 2015. Trois types d'offres avaient été labellisés, avec des niveaux de garantie et de coût différents. Il n'y aurait pas d'augmentation des primes d'assurance, mais « peut-être une baisse des marges ou des frais de fonctionnement des assureurs ».

Par ailleurs, le coût de revient des prothèses serait rendu public, afin de mettre en évidence la marge réalisée par les dentistes et, donc, de les inciter à la modération.

De son côté, le programme des Républicains prévoyait un partenariat entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé afin de mieux définir les objectifs communs, notamment la réduction du reste à charge en particulier sur l'optique et le dentaire, le tout sous le contrôle d'une agence.

Ces évolutions ne doivent pas être prises au pied de la lettre mais perçues comme de grandes tendances, à préciser en les remettant en perspective.

À partir du moment où les organismes complémentaires sont dans le champ concurrentiel, il n'est pas aberrant d'exiger davantage de transparence, tout en faisant remarquer que la tarification des remboursements d'actes et dispositifs médicaux est par nature complexe, à commencer par celle de la sécurité sociale, dont les complémentaires santé sont fortement tributaires.

Cette transparence doit-elle passer par des contrats types ? Tout dépend ce que l'on entend par contrats types et quel est l'objectif.

D'un point de vue politique, si l'objectif est de garantir l'accès financier aux soins des plus démunis, c'est la responsabilité des pouvoirs publics, et il existe déjà des outils : CMUC, ACS, qui peuvent être revus à la hausse et auxquels contribuent largement les complémentaires santé via la taxe de solidarité additionnelle affectée au fonds CMU.

Par ailleurs, l'objectif d'accès aux soins optiques, audioprothétiques et dentaires est louable, mais vouloir reporter la responsabilité sur les complémentaires santé paraît curieux lorsque l'on sait que ce sont elles qui ont favorisé l'émergence de réseaux de soins ayant pour objectif de prendre le mal à sa racine.

L'objectif de créer de nouveaux contrats types se heurte à quatre objections principales :

- **L'expérience** met en évidence certains effets pervers des contrats – types qui existent aujourd'hui (contrats ACS, plancher du contrat ANI, plafond du contrat responsable) : difficultés administratives pour l'ACS (du fait du nombre limité d'organismes habilités à offrir ce contrat, ce qui a contraint certains assurés à changer d'opérateur ou à renoncer à l'aide), hausse des restes à charge dans certains cas pour les contrats responsables (du fait du plafonnement des garanties).
- Un contrat-type qui imposerait un tarif risquerait d'être compromis dans son équilibre **économique** (cf. les débats de l'année passée sur le projet avorté de contrats seniors).
- Un tel contrat-type risquerait d'être censuré **juridiquement** pour atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle (c'est d'ailleurs pour cette raison que le précédent Gouvernement a fini par renoncer au projet de contrat « seniors ») ; on peut également s'interroger sur la compatibilité de contrats « types » avec la directive relative à la distribution d'assurance (DDA) qui impose aux assureurs de concevoir des produits d'assurance adaptés aux clients, ce qui par définition exclut une normalisation excessive.
- De manière plus générale, un contrat-type labellisé et réservé à quelques distributeurs serait très destructeur d'un point de vue **socio-économique**. L'exemple du contrat type sur l'ACS montre des transferts de portefeuille impliquant des difficultés en gestion et en pratique. Un contrat-type qui plafonnerait les prises en charge risquerait, sans mesure de régulation tarifaire sur les professionnels de santé, de se traduire par une hausse des restes à charge. C'est du moins ce que l'on observe aujourd'hui sur les effets des contrats responsables. Il est vain de vouloir améliorer l'accès aux soins par des limitations de prise en charge par les complémentaires santé. Un tel raisonnement repose sur l'hypothèse que les professionnels de santé adapteront leurs comportements tarifaires, ce qui n'est pas constaté en pratique.

Si l'on souhaite être constructif pour améliorer l'accès financier aux soins dentaires, optiques et d'audioprothèse, il faut prendre le mal à sa racine et influencer directement sur les comportements tarifaires des offreurs de soins, soit en plafonnant leurs tarifs, soit, ce qui apparaît plus compatible avec la liberté d'exercice, en accroissant la transparence et donc la concurrence. Cela peut passer par deux canaux principaux :

- d'une part, les réseaux de soins optiques, dentaires et audioprothétiques, qui permettent de garantir un certain rapport qualité-prix, comme l'a montré un récent rapport de l'IGAS ²⁹ ;

²⁹ Rapport de l'IGAS de juin 2017 sur les réseaux de soins. La mission observe un écart de prix notable entre les soins (ou produits) consommés via un réseau et ceux consommés hors réseau, particulièrement en optique : environ -20 % pour des verres adultes et -10 % pour des montures. Dans le secteur des aides auditives, la différence de prix est plus limitée (autour de - 10 %).

- d'autre part, la mise en place de comparateurs détaillant la chaîne des coûts des différents actes et dispositifs médicaux ; de tels comparateurs devraient voir leur essor avec les progrès de la technologie numérique.

En tout État de cause, toute tentative des pouvoirs publics conduisant à gagner en efficacité par une simplification de la définition et de la gestion des contrats va dans le sens de l'histoire. L'exigence de transparence inhérente au secteur concurrentiel y conduira fatalement, dans l'intérêt même des assurés, donc de l'activité même des GPS.

Cela suppose alors d'entreprendre les réformes nécessaires et de **se réinventer ailleurs**, sur une autre matière assurable d'une part, sur des services d'autre part.

B. UNE PLACE À PRENDRE POUR LES GPS

Dès lors que les régimes publics ne pourront pas absorber seuls la croissance des dépenses (compte tenu du vieillissement et des progrès scientifiques) et où le nouveau gouvernement n'exclut pas les acteurs privés de la régulation de la protection sociale, les GPS ont une place à prendre pour apporter des réponses au vieillissement et à la demande de santé de la société. Tous les risques (retraite, santé, prévoyance, dépendance) sont concernés.

Dans la mesure où le consensus social est favorable à la conservation d'un modèle de protection sociale solidaire³⁰, à condition qu'il soit aussi performant, plutôt qu'à un modèle concurrentiel, **c'est dans un cadre commun partagé avec les régimes de base qu'il faut envisager le développement du rôle des GPS**, chaque acteur étant appelé à se spécialiser là où, compte tenu de ses spécificités, il est plus efficace que l'autre (cf. rapport du HCAAM de mars 2012³¹).

La question qui se pose est celle de savoir, compte tenu de leurs spécificités, de leur valeur ajoutée dans la protection sociale, des nouvelles règles du jeu et des attentes de la population, quel rôle les groupes de protection sociale ont intérêt à jouer pour conforter leur place.

Cela suppose au préalable **de rappeler les spécificités des groupes de protection sociale au regard de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des assureurs à but lucratif :**

- **comme les assureurs**, les GPS obéissent à un **équilibre économique** et ne peuvent s'autoriser une gestion en déficit ; ils sont donc particulièrement

Dans le secteur dentaire, elle semble encore plus réduite, avec cependant des écarts importants pour certaines plateformes. Elle note que l'impact des réseaux de soins sur la qualité est plus difficile à apprécier.

³⁰ Selon le sondage national mené par AG2R LA MONDIALE avec Harris interactive au mois de juillet 2017, 87% des Français se déclarent attachés à notre modèle social (+5 points par rapport à 2012).

³¹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : Avenir de l'assurance maladie, les options du HCAAM, avis adopté le 22 mars 2012, voir en particulier pages 29 et 30

sensibles aux techniques de **gestion du risque**, qui ont pour effet de limiter la hausse des dépenses ; c'est dans cette logique qu'ils ont créé les réseaux de soins en optique, dentaire et audio-prothèse ; c'est dans cette logique également qu'ils développent la lutte contre la fraude ; c'est toujours dans cette logique qu'ils sont enclins à développer la prévention ;

- **en comparaison avec les assureurs**, les groupes de protection sociale, sociétés de personnes à but non lucratif (caractère paritaire ou mutualiste), sont, de par leur histoire et leur culture, davantage enclins à développer un haut niveau de **solidarité** professionnelle (au niveau d'une branche) ou géographique (au niveau d'un territoire) ; ils n'ont en effet pas d'intérêts à verser aux actionnaires et les surplus dégagés peuvent permettre de financer des services solidaires au bénéfice de tous les assurés ;
- ils ont une **connaissance beaucoup plus fine des clients** (branche ou territoire), ce qui leur permet notamment de déployer des actions de prévention adaptée aux populations couvertes ;
- enfin, les groupes de protection sociale peuvent développer une **approche globale des risques** vieillesse, santé, prévoyance, dépendance.

Ceci étant posé, les GPS ont intérêt à développer les fonctions décrites ci-après.

1) Apporter une réponse globale à la question du vieillissement : développer les outils de retraite par capitalisation, de prévoyance, de dépendance et les services permettant de « bien vieillir ».

a) Développer la capitalisation

Selon les projections du rapport du COR de 2015, la période « dorée » pour les retraités pourrait ne pas durer.

Dans ce contexte, **une attention doit être apportée aux régimes facultatifs, qui pour l'instant représentent 2% seulement des prestations de retraite, sans aucune progression en 20 ans.** Ce n'est pourtant pas la diversité des produits qui manque, entre solutions collectives (contrats régis par les articles 39 et 83 du code général des impôts – CGI ; plan d'épargne retraite collectif ou PERCO régi par le code du travail), individuelles (contrats régis par l'article 82 du CGI permettant une adhésion individuelle dans le cadre collectif de l'entreprise ; plan d'épargne retraite populaire ou PERP régi par le code des assurances), ou spécifiques (contrats « Madelin » créés par la loi du 11 février 1994 et régis par l'article 154 bis du CGI pour les non salariés, « Préfon » pour les fonctionnaires)...

La retraite par capitalisation (ou « à capitaux de couverture »), devrait être appelée à se développer en raison, à la fois, du vieillissement, des limites financières du système par répartition et des conséquences du débat qui se fera jour autour de la mise en place d'un régime unifié par point.

Il serait pertinent de privilégier le niveau de la branche professionnelle. En effet le système actuel d'épargne retraite est assez inégalitaire, les salariés des grands groupes étant avantagés par rapport aux autres actifs. Il convient de trouver des solutions pour rendre l'épargne retraite plus équitable.

Un système par capitalisation collectif similaire à celui du régime additionnel de la fonction publique (RAFP) pourrait permettre plus facilement l'acceptation de la capitalisation, qui se développerait alors dans un cadre collectif et sur la base d'une adhésion volontaire.

De manière générale, il convient d'imaginer de nouveaux produits de retraite supplémentaires avec capitaux de couverture. Ces produits collectifs devront être souples, par exemple prévoir une absence d'alimentation du fonds en cas de difficulté financière de l'entreprise.

Un ANI retraite serait ainsi intéressant.

Mais au-delà, c'est toute la question du vieillissement qui doit être appréhendée par les GPS, à la fois avant la retraite et à la fin de la retraite.

b) Avant la retraite, c'est le sujet de la prévoyance qu'il faut traiter.

En effet, on peut penser que les individus chercheront à partir plus tard à la retraite, donc il faudra trouver des solutions aux risques d'augmentation des dépenses de prévoyance, les travailleurs les plus âgés y étant plus sujets que les autres.

Un ANI prévoyance serait pertinent. C'était d'ailleurs prévu par l'ANI du 11 janvier 2013.

c) À la fin de la retraite, c'est le sujet de la dépendance.

Depuis 2004, les gouvernements successifs peinent à trouver une solution à ce problème de société auquel toutes les familles seront un jour confrontées. La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2005 (alimentée par une cotisation spécifique et depuis 2013 par une nouvelle cotisation) n'a pas permis de régler la question du reste à charge. La notion de 5^e branche semble enterrée, de même que l'idée d'un recours sur succession.

Or en 2030 les premiers baby-boomers auront 85 ans et le nombre de personnes de 75 ans et plus va quasiment doubler d'ici 2060 (passant d'un peu plus de 9 M en 2015 à plus de 16 M en 2060)³². Le retard pris se traduira par des surcoûts.

Cette question de la perte d'autonomie doit prendre en compte quelques considérations importantes :

³² Source : INSEE, tableaux de l'économie françaises, 2017

- il est très difficile de commercialiser des produits d'assurance dépendance ciblés sur les actifs ;
- la perte d'autonomie est une question multidimensionnelle faisant intervenir un très grand nombre d'acteurs, publics comme privés ; certains facteurs peuvent freiner la croissance du nombre de personnes dépendantes : progrès médicaux, amélioration des conditions de vie des retraités.

Par conséquent, la solution doit plutôt se trouver :

- d'une part, au moment de la retraite, dans l'assurance vie ou l'épargne retraite – l'idéal est le lissage des revenus de retraite / dépendance en fonction du cycle de vie : minoration de la retraite avant la dépendance et majoration ensuite ;
- d'autre part, dans les progrès médicaux, la prévention et la coordination des acteurs.

Plus généralement, les GPS doivent contribuer à améliorer le bien vieillir et le vieillissement en bonne santé (cf. *infra*).

2) **En santé : passer d'une logique d'assureur à une logique d'offre de services en santé au sens large tout long de la vie**

Comme les mutuelles, les GPS ont une place à prendre dans le secteur de la santé. Ils ont tout intérêt à développer une nouvelle offre, correspondant aux attentes non satisfaites de la société.

a) Quatre grandes raisons justifient cette nouvelle orientation :

- C'est une demande des assurés, des entreprises et partenaires sociaux des branches :
 - Cette demande est d'abord liée aux attentes de la société compte tenu des déserts médicaux, de l'allongement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous médical, et de l'insuffisance des offres en matière de prévention, d'accompagnement et l'orientation dans le parcours de santé.
 - Avec le vieillissement démographique, il est indispensable d'ajouter le « care » au « cure », i.e. de développer des services destinés à prendre soin des individus (bien vivre, mieux concilier vie familiale et professionnelle, bien vieillir...), en amont du curatif.
 - Selon un sondage BVA ADDING d'avril 2017, 67% des salariés déclarent que leur entreprise devrait jouer un rôle dans l'accès aux soins.
- La réglementation les y pousse : c'est en particulier le cas en cas de recommandation, puisque l'assureur recommandé est alors tenu de développer des services correspondant à un « degré élevé de solidarité » (dont font partie les actions sociales et les services de prévention) – cf. L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

- Les GPS y ont un intérêt d'un point de vue économique :
 - Pour fidéliser et conquérir les clients, les opérateurs doivent répondre aux demandes de personnalisation des clients. Leur capacité à se différencier sur les produits d'assurance étant de plus en plus faible (en raison de la nécessité de simplification et de la réglementation), ils cherchent à se différencier par leur offre de services.
 - Le développement de services peut contribuer à mieux gérer le risque en santé et surtout en prévoyance, dans la mesure où les services doivent à terme améliorer les parcours de santé et donc contribuer à réduire la sinistralité et à maîtriser les dépenses.
- C'est légitime :
 - Les GPS ont pour mission de protéger la santé globale de leurs clients tout au long de leur vie et, de fait, développent déjà des services dans le cadre de l'action sociale et des branches.
 - L'assurance complémentaire santé s'apparente d'une certaine façon à un service de consommation et il existe un marché émergent (avec une offre et une demande émergentes) d'un écosystème de nouvelles formes de santé qui a besoin d'intermédiaires tels que des groupes de protection sociale pour prendre son essor.
 - De manière générale, dans tous les secteurs caractérisés par une relation forte avec le client (Cf. Orange, SNCF...), les acteurs économiques cherchent à développer, au-delà de leur métier principal, une offre de services aux clients, pris dans leur globalité.
 - Les assureurs sont mieux placés que l'assurance maladie obligatoire pour répondre à cette demande du fait de leur proximité avec les clients.

b) Les GPS peuvent notamment développer plusieurs types d'actions :

- la **prévention des risques professionnels**, comme le font déjà certains GPS pour certaines branches (par exemple : prévention de la pénibilité dans le machisme agricole ou dans le commerce de gros, des troubles musculo-squelettiques dans la charcuterie et dans la coiffure, de l'asthme et de la carie dans la boulangerie, des risques routiers et de l'obésité dans la propreté...);
- les **parcours de santé** (orientation des patients, coordination des acteurs) ;
- l'**autonomisation du patient** (éducation thérapeutique, observance médicamenteuse)
- **télémedecine** et **téléconsultations**, que prennent déjà en charge certains assureurs ;
- **les réseaux de soins** : autorisés pour les mutuelles par la loi Le Roux du 27 janvier 2014 (comme pour les assurances et institutions de prévoyance qui en avaient déjà la possibilité auparavant), les réseaux de soins avec possibilité de modulation des remboursements par les OCAM sont aujourd'hui majoritairement positionnés sur les secteurs optiques, dentaires et audioprothèses. Les possibilités de modulations tarifaires ne sont en effet autorisées par la loi que pour ces professions. Mais **d'autres formes de**

relations entre organismes complémentaires et professionnels de santé pourraient se développer pour certaines spécialités particulièrement coûteuses dans une logique d'amélioration de l'accès aux soins, de la gestion du risque et de la qualité du service rendu.

- De manière générale, les OCAM pourraient tirer parti de la révolution numérique pour **améliorer la connaissance de leurs portefeuilles et construire des parcours clients** en leur offrant tout au long de leur vie, des services de santé (notamment de prévention) adaptés à leurs besoins. Ceci suppose toutefois qu'elles puissent avoir accès aux données de santé, notamment détenues dans le cadre du SNIIRAM³³.
- Ils pourraient enfin, à travers des produits d'épargne retraite ou de retraite supplémentaire, trouver des solutions à la question de la dépendance.

Ce type de réflexion est aussi le point de vue défendue par Terra Nova dans un document de juin 2016 (*Complémentaires santé, sortir de l'incurie*).

Tout ceci suppose cependant que les partenaires sociaux qui gouvernent les GPS parviennent à reconquérir l'espace politique délaissé. Le rapport des députés Arnaud Richard et Jean-Marc Germain (juin 2016) sur le paritarisme donne à cet égard des pistes intéressantes de réflexions, en particulier en ce qui concerne l'investissement dans le numérique et le développement de l'idée de convention collective de sécurité sociale.

C. LES CONDITIONS POLITICO-JURIDIQUES, LA GOUVERNANCE ET LA MÉTHODE POUR PROCÉDER AUX ÉVOLUTIONS

Le bon sens et la méthode doivent présider à tout projet de réforme, qu'il s'agisse de la retraite ou de la santé.

- 1) Il est essentiel, au préalable, d'insister sur la nécessité, sur des sujets majeurs de société, d'impliquer fortement tous les acteurs de société civile dans la construction de ces réformes.**

La démocratie sociale a sans doute un coût. Mais celui-ci évite de créer le matin des exclus qui coûteront plus cher le soir.

Comme l'écrit Jean-Marie Spaeth dans un article du Monde de juin 2017 :

« Le passage d'une protection sociale financée par des cotisations sociales assises sur les salaires à une protection sociale financée par la contribution sociale généralisée assises sur tous les revenus est un bouleversement historique. Il s'est accompagné d'une remise en cause progressive de la démocratie sociale et d'une appropriation par l'État de la gestion de la protection sociale. Face à un tel bouleversement et à l'ardente obligation de réduire les fractures sociales, il est urgent de ré-inventer un modèle

³³ Article de Jean-Marie Spaeth et du Pr Sicard, « Il faut ouvrir les données publiques de santé à tous les acteurs », *Le monde*, 27 septembre 2016

impliquant tous les acteurs, en particulier la société civile, pour gérer la protection sociale de demain tant au niveau national que territorial. L'adaptation des entreprises et des services pour les ouvrir sur l'Europe et le monde, associée à plus de protection notamment sociale, implique une culture du dialogue, la promotion de l'accord, bref plus de cogestion, plus de démocratie sociale dans les décisions ».

« Il ne faut pas oublier les autres messages qu'ont passés les citoyens lors de l'élection présidentielle. Notamment celui d'être plus écoutés, plus associés aux décisions qui leur paraissent très éloignées de leur quotidien. L'État ne peut être l'unique instrument pour réformer la société. Les « problèmes » de la société française ne pourront être résolus qu'en prenant en compte les deux dimensions de la démocratie, politique et sociale ».

2) En ce qui concerne la retraite, il est essentiel d'élargir la réflexion et la méthode engagée à la question plus large du vieillissement de la société.

À cet égard, la Ministre des Solidarités a précisé qu'un accord de méthode serait négocié d'ici le printemps 2018 avec les organisations syndicales et patronales et que la réforme serait mise en œuvre une dizaine d'années. Le haut-commissaire à la réforme des retraites fera des propositions en vue d'une loi d'orientation en 2018.

Il faudra veiller à privilégier une vision politique.

Mais plus largement, les partenaires sociaux auraient intérêt à aborder le sujet de la retraite dans une perspective élargie à la vieillesse afin de trouver une réponse globale à une situation qui ne peut se résumer à celle d'une perte de revenus. Un ANI retraites aurait dès lors tout son sens.

Il est en effet essentiel de créer un cadre propice au développement de la retraite collective par couverture de capitaux en imaginant des produits à finalités multiples.

3) En santé, nous avons besoin d'une politique plus stratégique, laissant davantage de liberté aux acteurs privés et s'appuyant sur des relations clarifiées entre les acteurs.

a) À l'heure où le HCAAM réfléchit à une nouvelle articulation des financements, il faut replacer le débat dans une perspective plus large.

Le véritable sujet est celui de la politique de santé que nous souhaitons pour nos concitoyens. Cela nécessite de **définir les priorités de santé, de se poser ensuite la question de l'organisation optimale des soins, puis de leur prise en charge, en précisant le rôle des différents acteurs.** Repenser par exemple la place de la médecine libérale, en ville comme à la campagne, serait un sujet important à traiter. C'est ainsi que nous parviendrons à mieux concevoir l'articulation entre la sécurité sociale et l'assurance maladie complémentaire. Si la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie a permis d'amorcer une meilleure gouvernance d'ensemble et si la loi du 17 juillet 2010 « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » a fait avancer la gouvernance

et la coordination des acteurs du parcours de soins, le processus n'est cependant pas allé jusqu'au bout.

En France, la santé se résume aux soins curatifs, alors que selon l'Organisation mondiale de la santé, « la santé est un État de complet bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ». Il faut constater que malgré des efforts, la CNAM n'a jamais réussi à développer cette conception de la santé.

Or, comme l'ont montré de très nombreux rapports³⁴, **c'est tout l'environnement amont de la santé qu'il faut améliorer aujourd'hui, si l'on souhaite éviter des coûts trop élevés en aval.** Prenons l'exemple des ré-hospitalisations des personnes âgées, qui coûtent très cher à l'assurance maladie obligatoire : des centaines de millions de dépenses pourraient être évités si les parcours de santé étaient mieux organisés. Le même raisonnement peut être tenu pour le cancer et pour les maladies cardio-vasculaires, qui sont des ALD dont remboursées à 100%. Il est ainsi indispensable de créer les conditions favorables à l'accès de tous à des comportements de soins vertueux d'un point de vue économique. Cela suppose des campagnes d'informations, une meilleure coordination entre les acteurs, une meilleure information des patients sur leurs droits et sur l'accès aux professionnels de santé. Cela a été écrit dans de très nombreux rapports.

Il faut ensuite se demander **qui sont les financeurs les mieux placés pour atteindre ces objectifs.** À cet égard, il semble que :

- Le financement des soins des plus démunis incombe à l'AMO (cf. fonds CMU finançant, via une taxe sur les contrats d'assurance d'ailleurs, les dispositifs CMUC et ACS) et à l'État (aide médicale d'État) ;
- Les pathologies lourdes et coûteuses doivent à titre principal être prises en charge par l'AMO ;
- La politique de vaccination et de prévention grand public doit revenir à titre principal aux pouvoirs publics ;
- Mais ce sont les organismes complémentaires qui sont les mieux placés pour organiser, en fonction des caractéristiques des populations qu'ils connaissent, des politiques de prévention des risques professionnels et d'organisation des soins spécifiques à certains territoires. Car tout cela suppose un travail adapté au terrain que l'AMO, qui a une conception centralisée et unifiée, ne pourra pas réaliser. Les organismes complémentaires peuvent aussi mieux tarifier que l'AMO ce genre de services.
- Il est en outre très important de conserver un étage, au-dessus de la solidarité nationale, pour la solidarité professionnelle et la solidarité territoriale.

Une loi quinquennale de santé pourrait dessiner les contours du partage des rôles entre assurance maladie de base et complémentaires santé et fixer des

³⁴ En particulier : rapport du HCAAM de juin 2010 et rapport de l'IGAS de janvier 2013 sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

priorités pour tous les champs de la santé (curatif, préventif, palliatif etc...), dans l'objectif d'atteindre des résultats tangibles sur la santé de nos concitoyens.

Il serait décidé que les frais de soins, dans la limite des tarifs opposables de la sécurité sociale, et sur un périmètre de biens et services défini par la puissance publique, seraient pris en charge à 100 % pour tous les assurés, facialement (pour les assurés) dans les mêmes conditions que les assurés actuellement en ALD ou bénéficiaires de la CMUC. Ceci reviendrait en réalité à ratifier la situation actuelle.

La clef de répartition du financement entre base et complémentaire resterait identique, mais pour les patients et les professionnels de santé il n'y aurait plus qu'un seul flux financier et un seul décompte de remboursement (la part de la complémentaire étant identifiée dans ce document).

Les complémentaires santé auraient deux missions principales :

- **Compléter, jusqu'à 100 % des tarifs opposables, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire sur ledit panier de biens et de services ;** comme aujourd'hui, tous les assurés seraient pris intégralement en charge dans la limite des tarifs opposables sur un panier de biens et de services défini par la puissance publique.
- **Répondre par une offre de services novateurs aux nouveaux défis de la santé de demain :** télémédecine, pratiques médicales innovantes, accompagnement et orientation dans les parcours de soins, prévention des risques professionnels en entreprise, prévention et éducation sanitaire des populations, accompagnement des personnes âgées pour promouvoir le mieux vieillir et le maintien à domicile...

b) Cela suppose que les complémentaires santé puissent négocier en direct avec l'ensemble des acteurs, en particulier avec les professionnels de santé, pour mener à bonne fin les missions d'intérêt général qui leur sont confiées.

Il faudra construire cette relation avec les médecins en cherchant un équilibre entre les principes de la médecine libérale et l'objectif d'amélioration d'accès à la santé au sens large.

Améliorer l'accès à la santé au sens large, cela suppose d'orienter les financements, au-delà des remboursements des actes curatifs, sur des actes ou services encore trop peu développés aujourd'hui :

- la prévention,
- l'éducation thérapeutique,
- la « e-santé » (téléconseil, téléconsultations, télésurveillance...),
- la coordination des acteurs,
- l'orientation des assurés dans le parcours de santé.

Les groupes de protection sociale sont bien mieux placés que l'assurance maladie de base pour construire cette nouvelle relation contractuelle avec les médecins libéraux. En effet, en tant que société de personnes à but non lucratif, les groupes de protection sociale ont une **mission plus large que celle de rembourser des soins**. Ils mettent d'ailleurs déjà en œuvre, avec les partenaires sociaux des branches qui le souhaitent, des actions de prévention des risques professionnels.

Il faudra étudier de près certains de nombreux aspects juridiques, qu'il s'agisse de la réglementation sur les contrats responsables, des contraintes issues de la Loi Leroux, de l'accès aux données de santé, entre autres, pour s'assurer que le cadre normatif ne soit pas un frein au développement de cette relation avec les médecins libéraux.

Notre système de santé a besoin d'une meilleure régulation pour une plus grande efficience qualitative et financière.

Cela suppose, entre autres, une plus grande **décentralisation** des politiques de santé, des priorités sanitaires, des conventions médicales et de nouvelles missions explicites pour les complémentaires. En effet, seules ces dernières sont capables, grâce à leur souplesse et à leur exigence d'équilibre économique, de relever les défis collectifs et individuels que représente la santé de demain dans une société vieillissante.

La puissance publique doit à cet effet se concentrer sur l'essentiel : fixer des objectifs clairs et porteurs d'avenir et d'espoir pour la santé de nos concitoyens et laisser aux acteurs toutes les libertés de moyen pour les atteindre.

4) Solidarité et mutualisation dans l'assurance : l'intérêt de développer, entre solidarité nationale et assurance privée, une solidarité de branche en particulier pour les TPE-PME

Il est ici essentiel d'insister sur l'intérêt des groupes de protection sociale.

Leur gouvernance paritaire leur permet de construire, à la demande des partenaires sociaux, un **deuxième étage de solidarité**, intermédiaire entre la solidarité nationale et l'assurance privée individuelle.

Il est ici utile de revenir sur le débat de société suscité par la remise en cause des clauses de désignation à la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013. L'enjeu est important puisqu'il touche à la liberté et à la légitimité des partenaires sociaux d'instaurer la protection sociale qu'ils souhaitent pour les salariés de leur branche. La désignation d'un seul opérateur, ou au moins d'un pôle d'opérateurs très organisés, rend possibles des mécanismes de solidarité assis sur une large mutualisation. C'est une façon de mettre petites et grandes entreprises sur un pied d'égalité en termes de négociation, de mutualisation, de prestations et de tarifs.

D'éminents juristes, hauts fonctionnaires, parlementaires et universitaires, se sont fait le relais de cette idée dans le débat public, à commencer par les professeurs Jacques

Barthélémy³⁵ et Alain Supiot, l'ancien directeur de la sécurité sociale Dominique Libault³⁶, ainsi que les députés Jean Germain et Arnaud Richard³⁷.

Tous se réfèrent à un concept forgé par le professeur Paul Durand dans les années 1960, celui des « **conventions collectives de sécurité sociale** » : en organisant un haut degré de solidarité, les partenaires sociaux pourraient instituer un vrai régime de protection sociale complémentaire allant au-delà de simples garanties, offrant des actions d'intérêt général (prise en charge des cotisations de certains salariés, solidarité intergénérationnelle, action sociale, prévention notamment) financées par un « pot commun » et justifiant une clause de désignation obligeant les entreprises de la branche à le rejoindre.

Dans leur rapport sur le paritarisme paru en juin 2016, les députés Arnaud Richard et Jean-Marc Germain appellent « les pouvoirs publics et les partenaires sociaux », « dans le domaine de la prévoyance et des complémentaires santé, [...] à la constitution progressive, à partir des branches professionnelles, d'un Régime Paritaire de Sécurité Sociale Complémentaire comparable au régime de retraites complémentaires. Il s'agirait, dans un premier temps, de trouver une voie juridiquement viable au regard du droit constitutionnel et du droit européen pour éviter que la suppression des clauses de désignation ne se traduise par une montée des inégalités en matière de couverture complémentaire, couverture qui prend de plus en plus de place dans notre pays. Une piste serait d'introduire, en droit national, comme proposé par plusieurs spécialistes, un nouvel instrument juridique, la convention collective de sécurité sociale complémentaire, qui permettrait aux branches professionnelles, au motif de la solidarité, d'établir un régime de prévoyance étendu à toutes les entreprises de leur secteur ».

La réalisation de cette idée suppose cependant des branches solides et des négociateurs représentatifs. Plus précisément, trois conditions de légitimité doivent être réunies :

- **la légitimité des branches** : il faut des branches fortes, représentatives d'une communauté de professions unies par des problématiques communes – c'est tout l'enjeu de la restructuration des branches, ainsi que l'ont montré les rapports de Jean-Denis Combrexelle et de Patrick Quiqueton³⁸ ; à cet égard, le chantier est ouvert puisqu'après la Loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, qui annonçait un paysage conventionnel restructuré autour de 200 branches d'ici l'été 2019 (au lieu d'environ 700 aujourd'hui), les ordonnances promulguées en septembre 2017 ont accéléré d'un an le calendrier permettant au Gouvernement de se rapprocher de cet objectif ;

³⁵ Jacques Barthélémy, *Le concept de convention collective de sécurité sociale*, in *Droit social*, mars 2016, pages 272 à 280

³⁶ Dominique Libault, *Rapport sur la solidarité et la protection sociale collective*, remis à la Ministre des affaires sociales et de la santé le 14 septembre 2015

³⁷ Jean-Marc Germain et Arnaud Richard, députés, *Rapport de la mission d'information sur le paritarisme*, 8 juin 2016

³⁸ Jean-Denis Combrexelle, *La négociation collective, le travail et l'emploi*, septembre 2015 ; Rapport de Patrick Quiqueton sur la restructuration des branches professionnelles, décembre 2015

- la **légitimité des partenaires sociaux des branches**, ce qui suppose des acteurs représentatifs ;
- la **légitimité de l'objet du dialogue de branche** ; à cet égard, les ordonnances de septembre 2017 n'ont pas remis en cause les règles relatives à la primauté de l'accord de branche sur les accords d'entreprise dans le domaine de la protection sociale complémentaire (cf. article L. 2253-1 du code du travail).

La réalisation de cette idée permettrait de revenir à un système plus rationnel :

- les liens progressivement défaits entre paritarisme de négociation et paritarisme de gestion seraient renoués ;
- chaque acteur aurait son espace de protection sociale légitime ;
- c'est un modèle qui a toute sa place dans la construction de la protection sociale de demain : la liberté, pour les partenaires sociaux, d'organiser un haut degré de solidarité.

CONCLUSION

La notion de mutualisation doit être appréhendée avec précaution, sans oublier son sens originel, qui renvoie à une mutualité d'acteurs, désireux de s'associer pour assurer des risques communs.

Dans un univers incertain, « ubérisé », ou tout va très vite pour des citoyens en perte de repères, un assureur de personnes doit être présent sur tous les risques, tout au long de la vie, et promouvoir un modèle d'équilibre solidaire, rassurant et durable pour ses assurés, à la hauteur des différents enjeux décrits *supra*.

Les pouvoirs publics n'ont pas le monopole de la solidarité. Si l'État ne peut pas tout financer, ni tout uniformiser, il doit laisser aux acteurs légitimes l'espace de liberté qui leur revient.

Comme ont pu le montrer Gaby Bonnard³⁹ ou le professeur Alain Supiot⁴⁰, une société dans laquelle tout est remis soit à l'État soit aux individus privés est potentiellement dangereuse. Une société libre est une société qui respire et s'organise en conséquence en donnant aux corps intermédiaires toute la place qu'ils souhaitent occuper et en laissant des espaces de solidarité complémentaires à l'État et à la Sécurité sociale.

« Tout seul, on va plus vite ; ensemble, on va plus loin » : ne créons pas le matin des exclus que l'on devra indemniser le soir.

Les pouvoirs publics ne pourront pas relever seuls les nouveaux défis de la protection sociale : ils n'en ont ni les moyens économiques et financiers ni la légitimité socio-politique.

Au-delà de la solidarité nationale, des solidarités professionnelles et territoriales ont toute légitimité. Les acteurs privés ont donc une place à prendre. Les groupes de protection sociale, sociétés de personnes à but non lucratif, de culture paritaire et mutualiste, sont particulièrement bien placés pour relever ce défi et apporter des réponses à la fois collectives et individuelles à nos concitoyens.

³⁹ Gaby Bonnard, *Le paradoxe de la solidarité*, overblog.com, 25 octobre 2015

⁴⁰ Alain Supiot, *Ni assurance, ni charité, la solidarité*, in *Le Monde diplomatique*, novembre 2014

BIBLIOGRAPHIE

- Jacques Barthélémy, *Le concept de convention collective de sécurité sociale*, in Droit social, mars 2016, pages 272 à 280
- Gaby Bonnand, *Le paradoxe de la solidarité*, overblog.com, 25 octobre 2015
- Etienne Caniard, *Mieux soignés demain !* 2016
- Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, 1995
- Jean-Denis Combrexelle, *La négociation collective, le travail et l'emploi*, septembre 2015
- Conseil d'orientation des retraites, 13ème rapport, décembre 2015 ; Rapport de Juin 2017
- Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2016
- DREES, Projection des populations âgées dépendantes, Solidarité Santé n° 43, septembre 2013
- Fondation Concorde, *Pertinence des soins : un levier pour un système médical plus sûr et moins coûteux*, 2017
- Jean-Marc Germain et Arnaud Richard, députés, *Rapport de la mission d'information sur le paritarisme*, 8 juin 2016
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Vieillesse, longévité et assurance – maladie*, 2010 ; *Avenir de l'assurance maladie, les options du HCAAM*, avis adopté le 22 mars 2012
- IGAS, *Rapport du comité de pilotage sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, janvier 2013 ; *Rapport sur les réseaux de soins*, juin 2017
- Institut de l'entreprise, *Faut-il en finir avec le paritarisme ?* Jean-Charles Simon. Préface de Xavier Huillard, PDG de Vinci, Président de l'Institut de l'entreprise, octobre 2016
- Institut Montaigne, *Réanimer le système de santé*, juin 2016
- INSEE, Tableaux de l'économie française, 2016, 2017
- Dominique Libault, *Rapport sur la solidarité et la protection sociale collective*, remis à la Ministre des affaires sociales et de la santé le 14 septembre 2015
- Emmanuel Macron, *Révolution*, novembre 2016
- Alain Supiot, *Ni assurance, ni charité, la solidarité*, in Le Monde diplomatique, novembre 2014
- Valérie Paris, Dominique Polton, *L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française*, in la Revue de l'EN3S n°49, Juin 2016
- Patrick Quinqueton, *La restructuration des branches professionnelles*, décembre 2015
- Terra Nova, *Complémentaires santé, sortir de l'incurie*, juin 2016.
- Alain Touraine, *Penser autrement*, 2007

Retrouvez toutes les informations concernant le Cercle sur notre site : www.cercleredelegpargne.fr

Sur le site vous pouvez accéder à :

- L'actualité du Cercle
- Les bases de données économiques et juridiques
- Les simulateurs épargne/retraite du Cercle

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance est un centre d'études et d'information présidé par Jean-Pierre Thomas et animé par Philippe Crevel.

Le Cercle a pour objet la réalisation d'études et de propositions sur toutes les questions concernant l'épargne, la retraite et la prévoyance. Il entend contribuer au débat public sur ces sujets.

Pour mener à bien sa mission le Cercle est doté d'un Conseil Scientifique auquel participent des experts reconnus en matière économique, sociale, démographique, juridique, financière et d'étude de l'opinion.

Le conseil scientifique du Cercle comprend **Robert Baconnier**, ancien Directeur général des impôts et ancien Président de l'Association Nationale des Sociétés par Actions, **Jacques Barthélémy**, avocat-conseil en droit social et ancien professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, **Philippe Brossard**, chef économiste d'AG2R LA MONDIALE, **Jean-Marie Colombani**, ancien Directeur du Monde et fondateur de Slate.fr, **Jean-Paul Fitoussi**, professeur des universités à l'IEP de Paris, **Jean-Pierre Gaillard**, journaliste et chroniqueur boursier, **Christian Gollier**, Directeur de la Fondation Jean-Jacques Laffont - Toulouse Sciences Économiques, membre du Laboratoire d'Économie des Ressources Naturelles (LERNA) et Directeur de recherche à l'Institut d'Économie Industrielle (IDEI) à Toulouse, **François Héran**, Directeur de recherche à l'INED et Ancien Directeur du département des sciences humaines et sociales de l'Agence Nationale de la Recherche, **Jérôme Jaffré**, Directeur du CECOP, **Florence Legros**, Directrice Générale de l'ICN Business School de Nancy ; **Jean-Marie Spaeth**, Président honoraire de la CNAMTS et de l'EN3S et **Jean-Pierre Thomas**, ancien député et Président de Thomas Vendôme Investment.

Ce dossier est une publication du Cercle de l'Épargne.
Comité de rédaction : Philippe Crevel, Sarah Le Gouez

Contact relations presse, gestion du Mensuel :

Sarah Le Gouez

06 13 90 75 48

slegouez@cercleredelegpargne.fr



AG2R LA MONDIALE

AMPHITEA