

# *Foliocollection*

Assemblée des adhérents de l'ipse



## Accord National Interprofessionnel sur la sécurisation de l'emploi

**- ANI -**

**11 janvier 2013**

*Réflexions autour de la généralisation  
de la complémentaire Santé*

Mercredi 13 mars 2013

L'Ipse remercie  
le Président Alain Gratadour pour son accueil au siège de sa mutuelle  
- La Solidarité Mutualiste -

**LA SOLIDARITÉ  
MUTUALISTE**



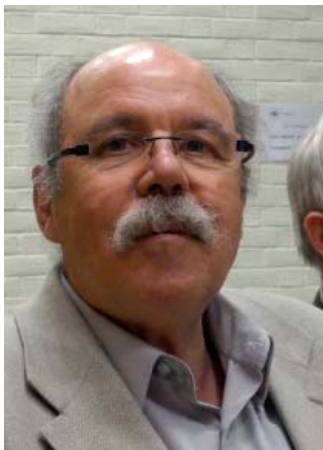
LA SOLIDARITE MUTUALISTE  
108 bis, Avenue de Flandre - Paris 19ème

## Introduction

### Jean-Marie Prouteau

*Vice - Président de la mutuelle CHORUM*

*Vice - Président de l'Ipse*



Cette rencontre entre les familles Mutualistes, Paritaires et Coopératives a comme objectif aujourd'hui d'aider ou de participer à la réflexion de la Protection Sociale en France, avec un regard toujours européen. Pour l'Ipse, nos échanges

se borneront à la partie protection sociale de l'ANI du 11 janvier 2013.

Ce qui se passe en France aura-t-il des répercussions dans d'autres pays ? L'action des uns influence-t-elle les autres ? En France, l'accord et le projet de loi sont regardés et font l'objet de lobbying par les différents opérateurs d'assurances.

Les assureurs privés, tout en n'étant pas adhérents de l'Ipse, sont concernés par ces dispositions et il serait bon qu'ils puissent s'exprimer lors du prochain Colloque que l'Ipse organisera sur ce thème, certainement en mai 2013.

Mais que d'encre ! Que d'encre, sur cet accord ! Michel Noblecourt disait dans son éditorial du Monde du 17 janvier 2013 : « En signant

cet accord, les partenaires sociaux assument les risques d'une réforme du marché du travail, réhabilitent le compromis dans les négociations, ils ouvrent une nouvelle page des relations sociales ».

Le débat pour ce qui nous concerne relève des articles 1 et 2 de l'accord du 11 janvier 2013. Sur ces articles, toutes les organisations syndicales sont en accord, et même les organisations professionnelles Employeurs que sont l'UPA, la CGPME et même le MEDEF. La Mutualité, qui soutient l'accord et indique qu'il n'est qu'une étape vers la généralisation de la complémentaire santé, insiste sur la définition des contrats solidaires et responsables.

Est-ce une évolution ou révolution importante sur la négociation interprofessionnelle ? La loi respectera-t-elle dans son esprit l'accord ? Quelle sera la position des partenaires sociaux si les conditions sont modifiées par le législateur, comme le réclame une partie de la Gauche ?

L'accord présente un objectif de couverture santé sans s'occuper des garanties ou des cotisations et de leur répartition. Il prévoit une négociation qui commence immédiatement, mais retardée par la mise en place du projet de loi qui fait l'objet de réactions entre ceux qui veulent élargir la protection sociale et ceux qui le disent trop contraignant.

*“ Quelle sera la configuration des contrats responsables : comment respecter la définition des contrats dit solidaires et responsables? Il y a-t-il la crainte d'une uniformisation des contrats pour certain ?  
Différents scénarios sont possibles, est-ce véritablement un combat entre contrat santé individuel et collectif? ”*

Deux points importants :

Si l'augmentation de la durée de la portabilité de neuf à douze mois ne devrait pas poser de difficultés aux partenaires sociaux, tout comme le retour à la négociation professionnelle de branches avant la négociation d'entreprise, la liberté de choisir son assureur dans des conditions de transparence dans la désignation ou les recommandations nous promet en revanche de beaux échanges juridiques des spécialistes et des procès.

On retrouve donc dans l'article 1 du projet de loi du 11 février, qui était présenté au Conseil des Ministres du 6 mars, en ce qui concerne la partie de la protection sociale, deux points :

- la clause de désignation, qui semble-t-il est maintenu comme une possibilité des branches ;
- la couverture des secteurs d'activités ne relevant pas du champ de l'ANI, comme l'agriculture, l'ESS et les professions libérales.

Des interrogations demeurent :

- Quelle sera la configuration des contrats responsables : comment respecter la définition des contrats dit solidaires et responsables? Il y a-t-il la crainte d'une uniformisation des contrats pour certain ?
- Différents scénarios sont possibles, est-ce véritablement un combat entre contrat santé individuel et collectif ?

Véritable catastrophe pour les uns, l'ANI montre l'efficacité et le contrôle des partenaires sociaux pour les autres. En tout état de cause les opposants au texte de loi sur la désignation s'organisent pour ne pas être en reste et des rapprochements semblent déjà se faire : la FFSA avec les IP - une fois que les bataillons des assureurs se sont aperçus qu'ils en réassuraient la plus grande partie - ; la CNP avec les mutuelles publiques ; la Banque Postale avec la Mutuelle Générale ; ou encore la Mutualité interprofessionnelle avec MUTEX. ■

**François Charpentier**

*Journaliste indépendant*



Le débat relancé avec l'article 1 de l'ANI du 11 janvier 2013 s'inscrit dans une série d'autres débats sur la place des complémentaires, notamment des complémentaires santé, qui ont occupé le devant de l'actualité sociale ces dernières années.

*“ on ne parlerait pas de cette question si l'on n'était pas confronté à un échec récurrent dans les politiques de maîtrise de l'assurance maladie.”*

Premier rappel : on ne parlerait pas de cette question si l'on n'était pas confronté à un échec récurrent dans les politiques de maîtrise de l'assurance maladie. Dès les années 50 en effet, les déficits de la branche santé se sont révélés difficilement maîtrisables. Dans un premier temps, les excédents des caisses famille et retraite ont masqué les difficultés. Par la suite, la solution a été trouvée dans un transfert de plus en plus massif vers les complémentaires, notamment les mutuelles.

*“ Les complémentaires sont de plus en plus chères et de plus en plus de personnes (retraités ou étudiants) renoncent purement et simplement à se couvrir. ”*

Second rappel : cet exercice trouve ses limites dès lors que les assurés sociaux ne sont plus remboursés que d'un euro sur deux pour leurs dépenses courantes s'ils ne sont pas éligibles à la CMU base et complémentaire (4,5 millions de personnes) ou à une ALD (10 millions de patients qui « consomment » 60% des dépenses remboursables). Résultat, les complémentaires sont de plus en plus chères et de plus en

plus de personnes (retraités ou étudiants) renoncent purement et simplement à se couvrir.

Sur cette toile de fond s'est développé un discours hostile aux contrats groupe, alimenté par les mutuelles qui redoutent de voir ces contrats se développer et mordre sur leur part de marché et relayé par le gouvernement qui a ouvert la chasse aux niches fiscales sur invitation de la Cour des comptes.

**1- Quelques étapes de ce débat :**

- Premières attaques sérieuses contre les contrats de groupe en 2003 dans le rapport Chadelat sur l'articulation AMO/AMC.
- Novembre 2011 : Jean-François Lequoy, n° 2 de la FFSA devant le Cora (Comité de réflexion sur l'assurance), parle de « régression » pour l'assurance ces dernières années en France. Rien sur la retraite capi, rien sur la dépendance et rien sur l'accès aux données de santé alors que ce marché est en expansion.
- Novembre 2011 : lors d'un débat organisé à Lyon par la FNMF sur la taxation des contrats responsables, Guy Herry relance en présence de Bernard Thibault et François Chérèque les critiques des mutuelles contre les avantages « indus » dont bénéficient les contrats collectifs.
- « Que sais-je ? » Tabuteau-Bras et interrogations sur la légitimité

*“ les adversaires des contrats collectifs oublient volontiers que 11,5 milliards d'euros sont versés chaque année à ce titre à 25 millions de personnes.”*

des assureurs dans la protection sociale complémentaire au motif que leur discours sur la gestion du risque par la prévention serait incompatible avec leur souci légitime de gonfler leur chiffre d'affaires.

- Après le rapport Guillaume (Bercy), qui pointait en juin 2012 les milliards d'aides sociales et fiscales inutiles, nouvelles attaques au canon de la Cour des comptes contre les avantages illégitimes dont bénéficieraient les contrats collectifs au regard des inégalités qu'ils contribuent à perpétuer au profit des salariés – en particulier les cadres – des plus grandes entreprises. Et de pointer un effet d'aubaine de plus de 4 milliards d'euros au profit des salariés des entreprises du Cac 40.
- Rapport annuel fonds CMU : « alors que les contrats collectifs obligatoires bénéficient d'une niche socialo-fiscale que la Cour des comptes vient à nouveau de montrer du doigt, il n'est pas illégitime de penser que tout ou partie de cette niche serait plus efficacement et plus socialement utilisée au profit de la frange la plus précaire de la population ».
- Ces attaques vont culminer le 20 octobre 2012 quand devant le congrès de la Mutualité à Nice, François Hollande reprend, sans leur apporter le moindre correctif, les affirmations de la Cour des comptes. Il est vrai que l'auteur

de son discours n'est autre que Michel Yahiel, ancien directeur de cabinet de l'ancien ministre des affaires sociales, René Teulade, par ailleurs parrain en politique de François Hollande dans son fief de Corrèze.

En tout état de cause, les adversaires des contrats collectifs oublient volontiers que 11,5 milliards d'euros sont versés chaque année à ce titre à 25 millions de personnes ; que pendant 9 mois les chômeurs bénéficient de ces prestations ; que les trois-quarts des TPE/PME proposent ce type de couverture à leurs salariés et que 60 branches ont signé des accords couvrant 3,5 millions par des régimes obligatoires. Surtout ils oublient volontiers que supprimer les exonérations, c'est augmenter mécaniquement de 40 % le coût des contrats donc dissuader les employeurs de couvrir leurs salariés au moment où la conjoncture économique conduit l'assurance maladie à accélérer son désengagement. Enfin, ils passent sous silence le fait que, pour des raisons diverses et variées, ces accords collectifs sont un élément clé du dialogue social voire même qu'ils ont été dans un passé récent un élément important de la régulation macro économique.

## **2 - Article 1 de l'ANI « divine » ou mauvaise surprise ?**

Personne ne peut raisonnablement s'opposer à une protection sociale complémentaire obligatoire en ma-



tière de santé quand des transferts massifs de dépenses s'opèrent en direction des complémentaires. Pour autant, les conditions surprises dans lesquelles ce débat est posé (coup de gueule de l'UPA contre la remise en cause des clauses de désignation, volonté de Laurence Parisot de donner du grain à moudre à la FFSA, en plein débat sur sa succession...) invitent à se montrer prudent.

Je vais être rapide sur ce point, me bornant à rappeler ce que dit l'article 1 et à pointer les difficultés d'interprétation qui peuvent apparaître, laissant évidemment au juriste-expert, autrement dit à Jacques Barthélémy, le soin de remplir les cases vides. Et il y en a beaucoup.

Donc primo, les branches – 260 a priori - doivent ouvrir des négociations avant le 1er avril 2013 pour permettre aux salariés qui ne disposent pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé d'en disposer. Deux points posent problème : « Les partenaires sociaux de la branche laisseront aux entreprises la liberté de retenir le ou les organismes assureurs de leur choix ». S'agit-il d'une remise en cause des clauses de désignation, au moment où une jurisprudence de la CJUE les a validées dans certaines circonstances (arrêt La Mondiale-Boulangerie artisanale de mars 2011) ?

« Ils pourront, s'ils le souhaitent, recommander aux entreprises de

s'adresser à un ou plusieurs organismes assureurs ou institutions pouvant garantir cette couverture après mise en œuvre d'une procédure transparente de mise en concurrence ». Comment interpréter cette précision et la note de bas de page qui s'y rattache<sup>1</sup> ?

Les accords devant entrer en vigueur au sein des entreprises « au plus tard le 1er janvier 2016, et les entreprises non couvertes par un accord de branche devant disposer de 18 mois pour se conformer aux dispositions conventionnelles, les accords de branche devront être signés avant le 1er juillet 2014. Ces délais sont-ils réalistes ?

A défaut d'accord d'entreprise, les entreprises seront tenues de faire bénéficier leurs salariés à compter du 1er janvier 2016 d'un panier de soins minimum dont les éléments sont précisés dans l'ANI. Le financement de cette couverture sera partagé à 50-50%. Comment interpréter et mettre en œuvre ces dispositions ?

Ces dispositions devront respecter obligatoirement la définition des contrats dits solidaires et responsables. Tout projet d'évolution des conditions d'exonérations sociales doit donner lieu à consultation des partenaires sociaux par les pouvoirs publics.

### Trois questions pour finir :

Faut-il s'attendre à une déstabilisation de l'assurance individuelle en

*“ Personne ne peut raisonnablement s'opposer à une protection sociale complémentaire obligatoire en matière de santé quand des transferts massifs de dépenses s'opèrent en direction des complémentaires. Pour autant, les conditions surprises dans lesquelles ce débat est posé invitent à se montrer prudent.”*

renchérissant le coût de l'assurance demandée aux retraités, comme le redoutent les assureurs privés ?

Que penser du chiffrage de la FNMF qui estime à 2,8 milliards d'euros le manque à gagner fiscal pouvant résulter pour l'Etat de la généralisation des complémentaires santé dans les conditions sociales et fiscales actuelles ?

Faut-il craindre l'accélération du retrait de l'assurance maladie, comme l'a pointé le CRISS et la Mutualité ? ■

1 : « Les parties signataires du présent accord décident de constituer un groupe de travail paritaire, dont l'objet sera de définir, dans le délai de trois mois, les conditions et les modalités d'une procédure transparente de mise en concurrence, tant lors de la mise en place de la couverture « remboursements complémentaires frais de santé » que lors du réexamen périodique du ou des organismes assureurs désignés ou recommandés. Ce groupe de travail paritaire sera notamment chargé de fixer les conditions d'élaboration du cahier des charges, les conditions de publicité et de transparence de cette mise en concurrence, les critères de sélection des offres conformes à ce cahier des charges et de définir les critères d'évaluation de la gestion du régime collectif lors du réexamen des conditions de la mutualisation. »

---

## Généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé Philosophie et ingénierie au vu du droit positif

---

**Jacques Barthélémy**  
*Avocat – Conseil en droit social  
Ancien Professeur Associé à la faculté de  
droit de Montpellier*



On peut aisément soutenir que le dispositif résultant de l'article I de l'ANI du 11 janvier 2013 est concrètement un principe contribuant au progrès social ; il s'inscrit en effet dans le droit de la santé, élevé au rang de droit fondamental et il se matérialise par le biais du tissu conventionnel. Ceci doit exclure la présentation du contrat

d'assurance comme un produit de consommation ; il est d'autant plus un élément de protection sociale que la source de droit qui concrétise les garanties collectives est un accord entre partenaires sociaux et que son objet est l'amélioration des conditions de travail. C'est au demeurant ce qui écarte toute qualification d'entente entre entreprises au nom de la libre concurrence.

Ceci étant, la construction de cet article 1er autour de l'objectif, légitime au demeurant, des organismes d'assurance (quels qu'ils soient mutuelles, institutions, compagnies) de préserver ou d'accroître leur part de marché



*“ la construction de cet article Ier autour de l'objectif, légitime au demeurant, des organismes d'assurance (quels qu'ils soient mutuelles, institutions, compagnies) de préserver ou d'accroître leur part de marché ne pouvait que plomber le dossier en délaissant de ce fait nombre de questions essentielles liées à la généralisation de ce droit ”*

ne pouvait que plomber le dossier en délaissant de ce fait nombre de questions essentielles liées à la généralisation de ce droit mais aussi parce que tel n'est pas l'objet d'une convention collective dédiée aux relations individuelles et collectives de travail. On peut conseiller aux partenaires sociaux d'organiser rapidement une négociation professionnelle sur la prévoyance collective (et pas seulement les frais de santé), d'autant que ce droit nouveau invite à réviser, à compléter et à codifier la loi Evin du 31 décembre 1989.

## **Impact de la généralisation**

Trois questions essentielles doivent conditionner les stratégies des partenaires sociaux et des dirigeants d'entreprise :

- d'abord quelle est la nature de ce droit nouveau ? Contrairement au maintien du salaire en cas de maladie résultant de l'article sept de l'ANI du 10 décembre 1977, l'employeur n'est pas tenu de verser des prestations directement au salarié. Ce droit se concrétise par une obligation d'assurance ; son non-respect ou l'insuffisance de couverture engage la responsabilité civile de l'employeur pour perte de chance. Par ailleurs, l'avantage du salarié n'étant, de ce fait, pas la prestation mais le fait d'être assuré, quelle est sa nature juridique, d'autant qu'elle peut varier suivant que la responsabilité de
- l'employeur se limite à abonder la prime d'un contrat individuel (c'est un élément du contrat de travail), qu'est mis en place un système collectif à adhésion facultative (c'est une activité sociale de la responsabilité du comité dans le cadre d'un pouvoir autonome de gestion), qu'est conçu un système à la fois collectif et obligatoire, auquel cas il devient un élément du statut collectif ? Le fait d'avoir opté pour cette dernière voie n'est donc pas neutre et donne sa pleine mesure à l'obligation de négocier, d'abord dans la branche, ensuite et à défaut de conclusion à ce niveau, dans l'entreprise où se posent de sérieuses difficultés en raison des autres sources de droit susceptibles de créer les garanties ; en effet, l'accord collectif, le référendum, la décision unilatérale ne produisent pas les mêmes effets, y compris dans leurs relations avec l'accord de branche.
- Ensuite il y a une certaine incongruité à généraliser la couverture complémentaire des frais de santé et à parallèlement maintenir la possible exclusion des salariés. Cela rend indispensable que non seulement elle ne puisse venir que du salarié mais encore qu'elle soit l'exception, d'autant qu'un risque existe de remise en cause de la neutralité sociale sous plafond des cotisations patronales du fait du non respect du caractère collectif et

obligatoire conditionnant ce sort social de faveur. Et il faut que le consentement du salarié soit éclairé pour que son refus soit créatif de droit, ce qui suppose une information précise sur les effets du caractère collectif et obligatoire (contribution patronale, de surcroît neutre socialement et fiscalement, portabilité des droits en cas de chômage, maintien des garanties au-delà de la rupture du contrat de travail du fait de l'article 4 de la loi Evin).

- Enfin, que se passe-t-il si l'employeur, en raison d'un risque élevé né d'une population particulière, ne trouve pas à s'assurer, ce qui peut se trouver dans une TPE ? Il faudra bien un tarif, au moins de référence, pour ce panier minimum légal mais attention à la prohibition des ententes. Et puis le non-paiement, par l'employeur, des cotisations ne doit pas pouvoir être cause de suspension des garanties ou de rupture du contrat d'assurance, ce que prévoit le code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance mais pas celui des assurances pour les compagnies (lorsque l'assureur met ou non un système résultant d'un accord de branche).

### **Produit de consommation ou élément de protection sociale ?**

Là se trouve l'essentiel dans la mesure où, si les partenaires sociaux

peuvent se contenter de fixer la nature et le niveau des garanties (système de prévoyance), ils peuvent avoir l'ambition de poursuivre en plus un objectif de solidarité, ce qui rend nécessaire un fonds de mutualisation, donc la désignation d'un opérateur unique pour toutes les entreprises. Une telle désignation ne matérialise pas une entente entre entreprises, ceci en raison de la nature et de l'objet de la qualification des garanties ; elle ne confère pas davantage une position dominante abusive à l'assureur mais à condition que soit poursuivi un objectif de solidarité ; un degré élevé de solidarité rend aussi licite une clause de migration malgré son atteinte potentielle aussi à la liberté contractuelle. Ceci vaut aussi bien en droit interne qu'en droit communautaire. Voilà pourquoi le gouvernement a rétabli le possible recours aux clauses de désignation, curieusement remises en cause dans l'ANI malgré une opposition hostile de la quasi-totalité des organisations tant patronales que de salariés. En effet, cette interdiction empêcherait de fait la poursuite d'un objectif de solidarité, ce qui porte atteinte au droit de négociation collective, considéré comme fondamental à la fois par les chartes européennes et la CJUE. On peut aussi soutenir l'anticonstitutionnalité d'une telle mesure, mais cela fait débat.

Ce droit social n'écartant pas les principes de liberté économique, la désignation suppose le respect

*“ si les partenaires sociaux peuvent se contenter de fixer la nature et le niveau des garanties (système de prévoyance), ils peuvent avoir l'ambition de poursuivre en plus un objectif de solidarité, ce qui rend nécessaire un fonds de mutualisation, donc la désignation d'un opérateur unique pour toutes les entreprises.”*

*“ il faut s’interroger sur le nouveau profil du paritarisme dans la mesure où c’est la technique de répartition, donc des droits non garantis qui, au nom de la fonction protectrice du droit social, a conduit à imposer le double paritarisme, de conception et de gestion. ”*

d’une exigence de transparence. Là aussi les partenaires sociaux se sont fourvoyés : s’ils ont écarté l’idée d’appel d’offres figurant dans la premier texte au motif que celui-ci ne s’impose que dans les marchés publics, ils ont ouvert la voie à la généralisation d’une mise en concurrence d’assureurs formalisée alors que, si cette voie est évidemment possible, c’est aux partenaires sociaux d’en définir le contenu et la portée ; surtout d’autres voies sont possibles au vu de circonstances particulières, à condition qu’elles soient fondées sur une raison objective. Le projet de loi est ici plus nuancé qui renvoie à un décret le soin de définir les conditions de mise en œuvre de la transparence. A défaut et à nouveau, on se serait exposé à critique, notamment de la CJUE, pour atteinte au droit fondamental de négociation.

*“ Il faut par contre sérieusement réfléchir aux moyens, notamment par la formation, d’accroître la compétence des négociateurs, d’autant que la prévoyance n’est pas le seul domaine se concrétisant par une complexification accrue. ”*

Bref il y a lieu de bien distinguer d’un côté simple système de prévoyance ayant la qualification de rémunération différée auquel l’accord d’entreprise peut déroger, y compris in pejus, auquel cas la clause de désignation est illicite, d’un autre côté régime de protection sociale fondé sur la solidarité avec interdiction de déroger et adhésion de toutes les entreprises au même organisme d’assurance.

Enfin, il faut s’interroger sur le nouveau profil du paritarisme dans la mesure où c’est la technique de répartition, donc des droits non garantis qui, au nom de la fonction

protectrice du droit social, a conduit à imposer le double paritarisme, de conception et de gestion. Le provisionnement des engagements, donc l’individualisation des droits et leur opposabilité à l’employeur font que non seulement toutes les sources créatrices d’avantages propres au droit du travail peuvent être utilisées, y compris la décision unilatérale de l’employeur mais encore que la responsabilité de l’employeur pouvant être directement mise en cause, le rôle du conseil paritaire de gestion devient moins important. Il y aurait donc lieu de réfléchir à de nouveaux espaces et à de nouvelles manifestations pour le paritarisme ; d’autant que le concept de garantie sociale pourrait s’avérer d’une grande utilité dans la mise en œuvre de la flexicurité (l’exemple de la portabilité des droits de prévoyance en atteste).

**En conclusion,** deux remarques :

- la sophistication de l’ingénierie tant juridique qu’actuarielle, rend indispensable une réelle compétence technique. Pour autant, cela ne disqualifie pas les négociateurs habituels des organisations car cela conduirait à remettre en cause l’indépendance des syndicats, garantie notamment par une convention OIT ratifiée par la France. Il faut par contre sérieusement réfléchir aux moyens, notamment par la formation, d’accroître la compétence des négociateurs, d’au-

tant que la prévoyance n'est pas le seul domaine se concrétisant par une complexification accrue.

- Le recours éventuel à experts est de la seule responsabilité des acteurs de la négociation qui ont toutefois intérêt à re-

courir aux accords de méthode pour concrétiser des règles de conduite de négociation favorisant équilibre des pouvoirs entre les parties, comportement loyal des négociateurs et exécution de bonne foi des textes signés. ■

## Débats

**Question : *Lorsqu'on regarde le code de la Mutualité, il n'y est pas explicitement mentionné que les mutuelles ont le droit à la coassurance, mais il n'est pas non plus dit que cela leur est interdit. Or, l'autorité de contrôle a décidé qu'elles ne pouvaient proposer. Cela pose donc un réel problème de concurrence avec les institutions de prévoyance et les assurances.***

### Jacques Barthélémy :

Lors de l'affaire avec l'AG2R et la Boulangerie pâtisserie artisanale à la Cour de justice européenne, nous avons évoqué la question de l'inégalité entre les trois familles. Il y a certes une différence entre les mutuelles et institutions de prévoyance. Ces questions auraient pu davantage être abordées lors de la conclusion de l'ANI. Ainsi l'harmonisation est une nécessité, le discours mutualiste étant défavorisé au niveau des branches.

**Question : *Y a-t-il des conséquences au niveau européen sur les partenaires sociaux, le dialogue social y étant actuellement au point mort ?***

### Jacques Barthélémy :

le traité sur la Convention européenne des droits de l'homme prévoit que le droit de négociation collective est un droit qui permet l'épanouissement. Le Traité de Maastricht de 1992 intègre la promotion d'un niveau de protection sociale élevé parmi les objectifs de la Communauté. Le droit de négociation collective est un droit fondamental qui s'exerce dans l'emploi et la protection sociale.

La principale difficulté d'une recherche d'uniformisation du social est qu'il n'y a que peu d'Etats, dont la France, qui ont ce genre d'accords interprofessionnels. Dans d'autres pays, il y a beaucoup plus d'accords conventionnels et la concertation

débouche sur la négociation collective.

On peut arriver à dire que le complémentaire constitue un élément fondamental. Des régimes de type Agirc-Arrco existent dans très peu de pays (aux Pays bas, par exemple). Sans rentrer dans les détails, sur de principes fondamentaux, il est possible de donner des axes forts.

**Question : l'ANI ne va-t-il pas être largement modifié lors de son passage au parlement ? La complémentaire santé généralisée va-t-elle toucher tous les secteurs ?**

Avec la loi Larcher de 1997, on a fait des partenariats sociaux des pré-législateurs, en répondant au droit communautaire. On peut contraindre le gouvernement mais on ne peut pas contraindre l'assemblée élue par le peuple qu'est le Parlement. Les partenaires sociaux sortent donc un texte, mais ils peuvent se contenter d'un avis ou bien signer un accord. Cela ne veut pas dire que le gouvernement et le parlement ne peuvent pas le modifier.

Par ailleurs, tout le secteur hors champ ne pouvait pas être concerné par l'ANI du 11 janvier car ni le Medef, ni les syndicats ne peuvent représenter la totalité des secteurs. Il avait été dit qu'on pouvait élargir que si les parties présentes étaient représentatives. Si l'ANI du 11 janvier avait porté uniquement sur la protection sociale, on aurait pu

l'élargir, la procédure étant alors différente avec la consultation de la Comarep. Dans ce sens, il serait plus souhaitable qu'il y ait une négociation spécifique pour la prévoyance.

**Question : La généralisation de la complémentaire santé était une volonté que les syndicats souhaitent voir apparaître depuis un bon moment. Les négociations de l'ANI ont permis d'enfin l'introduire, et cela in extremis, ce qui n'aurait certainement pas été possible dans un autre contexte.**

**Jacques Barthélémy :**

Il aurait été préférable de poser la base de la généralisation de la complémentaire santé dans cet accord mais repousser les négociations sur ce point spécifique à plus tard. Si l'accord est spécifique à la protection sociale, la procédure est ensuite différente et peut être élargie à tous les secteurs.



## Conclusions

**Bernard Petit-Jean**  
Président du Conseil d'Orientation  
de l'Ipse



Lorsque le Conseil d'administration de l'Ipse a décidé l'organisation de cette rencontre sur l'accord national interprofessionnel de janvier 2013, il se doutait bien que le thème de la sécurisation de l'emploi et plus spécifiquement

celui de la généralisation de la couverture santé allait faire l'objet de très nombreux jugements et commentaires.

Syndicalistes, employeurs, avocats, juristes, juges se sont manifestés à travers leurs organisations ou à titre individuel. Les points de vue exprimés ont traduit, avec parfois une certaine virulence, les clivages habituels et donc attendus (patrons-syndicats, gauche-droite, experts-acteurs) mais aussi - et c'est peut-être un élément nouveau - de nouveaux clivages, une division à l'intérieur même de chaque « camp ».

Ainsi les opérateurs concernés par la généralisation de la couverture santé, et parmi ceux-ci plusieurs de nos adhérents, se sont exprimés sur ces questions tant par voie

de presse qu'au cours de réunions organisées autour du thème de la mise en œuvre de l'ANI.

L'Ipse a régulièrement rendu compte de ces initiatives.

L'âpreté des débats, ne peut étonner, compte tenu de la portée d'un accord national qui ouvre débat. François Charpentier nous rappelait en ce début de réunion qu'il le considérait tout à la fois comme une « *divine et mauvaise surprise* ».

### **1. Un accord qui renoue avec le thème de la protection sociale**

Il nous rappelait que cet accord permet de renouer avec le thème de la Protection sociale complémentaire. (Comme en 1947 et 1961 en matière de retraite complémentaire, comme après l'amorce esquissée avec l'ANI de 2008 sur la portabilité de la prévoyance.).

Alors du même coup réapparaît le débat fondamental et classique autour de l'articulation entre régime général et régimes complémentaires. Il est vrai que le désengagement de la sécurité sociale explique en grande partie le développement de la protection sociale collective. François Charpentier nous rappelait que le régime général ne cou-

*“ L'accord inter-professionnel [...] aborde sans complaisance des questions délicates, objet de débats incessants et anciens. ”*

vrait plus aujourd'hui que 55% des dépenses.

Dans cette situation, certains craignent alors que les politiques mises en œuvre accentuent ces évolutions et que le régime général subisse le « syndrome du salami », c'est-à-dire son désengagement successif par tranches fines : augmentations des forfaits soins, prise en charge des dépassements de tarifs... Alors toute mesure visant à sa généralisation de la complémentaire est interprétée comme « un encouragement à la dérégulation du système de santé, une action contre l'intérêt général et une participation au recul de la Sécurité sociale ».

## **2. Un accord qui fait débattre sur le fond**

L'accord interprofessionnel a aussi une deuxième caractéristique qui est de débattre sur le fond des questions de protection sociale. Il aborde sans complaisance des questions délicates, objet de débats incessants et anciens.

On peut citer comme exemple les questions liées aux clauses de désignation ou celles des exonérations pour les contrats collectifs. Il va de soi qu'il n'en fallait pas plus pour alimenter les « échanges aimables » entre opérateurs (collectif et l'individuel.).

## **3. L'Ipse au cœur des débats**

L'Ipse qui regroupe les familles de la protection sociale se devait de por-

ter tous ces débats et entendre les inquiétudes légitimes de certaines mutuelles de voir « fondre » leurs effectifs individuels.

L'Ipse devait également, dans la foulée du Colloque professionnel qu'elle a organisé en novembre 2012, proposer une analyse complète et lucide sur les conséquences de la généralisation de la couverture santé.

La réunion des adhérents de ce jour s'inscrit parfaitement dans ce cadre. Maître Barthélémy, avec brio et précision, nous a de nouveau interpellés sur le sens et la portée de cet accord.

Je reprendrai dans mes conclusions quelques points qui m'ont paru essentiels pour la suite des débats que nous aurons certainement à poursuivre au sein de l'Ipse.

## **4. Quelques points de repères**

Maître Barthélémy rappelle que les familles d'assureurs sont à parité de droit depuis la loi Evin.

### **• Deux conceptions qui s'opposent**

Il estime que la guerre entre les différentes familles doit être démystifiée car au-delà des mots et des intentions des uns et des autres, il s'agit tout d'abord d'un affrontement entre deux logiques différentes.

Ce sont deux conceptions qui s'opposent : la conception produit de consommation et celle élément

*“ la guerre entre les différentes familles doit être démystifiée car au-delà des mots et des intentions des uns et des autres, il s'agit tout d'abord d'un affrontement entre deux logiques différentes [...] : la conception produit de consommation et celle élément des conditions de travail, de protection sociale ”*

*“ ce sont les partenaires sociaux qui sont libres et décident de poursuivre ou non un objectif de solidarité.”*

des conditions de travail, de protection sociale.

- **Rôle des partenaires sociaux**

Il précise que ce sont les partenaires sociaux qui sont libres et décident de poursuivre ou non un objectif de solidarité. Dans le cas où ce choix est fait par les partenaires sociaux, il devient impossible d'écarter « la clause de désignation », selon Maître Barthélémy.

- **Atteinte au droit de négociation collective**

De ce point de vue, Maître Barthélémy précise qu'il pouvait être parfaitement légitime qu'une famille d'assureurs ait la volonté d'accroître sa part de marché. Il note néanmoins que rendre inopérantes les clauses de désignation, pour parvenir à cette fin, serait porter atteinte au droit de négociation collective (qualifié de fondamental par le droit communautaire).

- **Revisiter la Loi Evin**

Pour Maître Barthélémy, la généralisation de la couverture santé, qui passe par une obligation d'assurance imposée à l'employeur, devrait induire une harmonisation complète des droits des trois familles d'assureurs.

Cette harmonisation devrait clarifier les questions de rupture des contrats (notamment en cas d'aggravation du risque ou de non-paiement des cotisations) mais aussi la remise en cause de la faculté of-

ferte aux salariés de se soustraire à l'affiliation dans certains cas (décision unilatérale de l'employeur par exemple) et le maintien des garanties au-delà de la rupture du contrat de travail (revisiter la loi Evin).

Ces questions pourraient être de nouveau abordées dans un futur colloque professionnel organisé à l'initiative de l'ipse.

- **Protection sociale sur 3 piliers ?**

Enfin des interrogations sont posées quant à l'évolution de la couverture sociale, sur le long terme, qui pourrait prendre des formes identiques à celle en vigueur en matière de retraite complémentaire.

Dans ce domaine, l'on peut esquisser certaines hypothèses : avec la généralisation de la complémentaire santé, on peut envisager que la tendance sera plutôt d'aligner les garanties vers un minimum fixé par le panier de soins, plutôt que vers un niveau élevé de garanties. Il y aura donc probablement de la place pour un développement du marché de la surcomplémentaire santé, en collectif ou en individuel.

Le panier minimum pour le seul salarié et son assurance dans une optique de solidarité matérialiserait ainsi le deuxième pilier de la protection sociale, à l'instar de ce qui vaut en matière de retraite. Le troisième pilier se structurerait alors sans doute sur l'assurance individuelle. Ceci d'autant que, pour la CJUE, la libre concurrence exige

*“avec la généralisation de la complémentaire santé, on peut envisager que la tendance sera plutôt d'aligner les garanties vers un minimum fixé par le panier de soins, plutôt que vers un niveau élevé de garanties. Il y aura donc probablement de la place pour un développement du marché de la surcomplémentaire santé, en collectif ou en individuel.”*

une place pour un troisième pilier, celui de l'assurance individuelle.

## 5. La santé pour tous

Le but recherché demeure une protection de la santé pour tous, c'est-à-dire quelles que soient les caractéristiques des personnes, leur âge, leur niveau de revenu ou d'éducation, leur lieu de résidence sur le territoire.

Pour atteindre cet objectif, il faudra sans doute trouver un bon équilibre dans les façons de la mettre en œuvre. Équilibre entre la fixation des objectifs au niveau de la branche et la liberté laissée aux entreprises. Il s'agit de renforcer la mutualisation tout en autorisant des déclinaisons locales qui permettent une prise en compte la réalité de soins.

### • **L'accès aux soins**

Cette garantie de la protection de la santé implique un égal accès aux soins qui nécessite à son tour que les soins soient accessibles financièrement afin de suivre l'atteinte de cet objectif essentiel, dans lequel les procédures de remboursement (tiers-payant) jouent également un rôle.

Mais l'accessibilité des soins n'est à l'évidence pas une question uniquement financière.

Le HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) a insisté sur l'importance d'un recours efficient au système de soins par

l'organisation : d'une répartition adaptée des soins sur l'ensemble du territoire, évitant des délais d'attente excessifs; d'un parcours adéquat pour les malades, en particulier d'un haut niveau de qualité.

En outre, l'égal accès aux soins n'est pas à lui seul suffisant pour garantir la protection de la santé.

Cette dernière comporte également une dimension de santé publique qui peut servir de fondement à des obligations (dépistage, vaccinations par exemple). Elle dépend aussi d'autres politiques publiques susceptibles tout à la fois d'améliorer l'état de santé de la population, mais aussi de lever les difficultés pratiques, culturelles ou sociologiques d'accès aux soins. Il en est ainsi de l'éducation, du logement, des conditions de travail, de l'environnement, etc.

Ainsi, la flexicurité, instrument d'adaptation de l'emploi à un contexte, notamment économique, sans que soit remise en cause la fonction protectrice du droit social, invite au maintien des garanties au-delà de la rupture du contrat de travail (pour invalidité, retraite, chômage, décès) mais aussi à leur octroi en deçà (apprentissage, stage de formation, emploi des jeunes et des seniors, etc.); cela pour déployer une politique dynamique d'emploi.

• **Entreprise adhérents à l'Ipse: même contexte mais approche différente**

*“ Il s'agit de renforcer la mutualisation tout en autorisant des déclinaisons locales qui permettent une prise en compte la réalité de soins.”*



Comment les entreprises de protection sociale rassemblées au sein de l'Ipse, qui occupent une place remarquable dans plusieurs secteurs de l'économie française (santé, assurance, banque), vont-elles répondre à ces obligations ?

Evoluant dans des environnements stratégiques différenciés, elles mettent en œuvre des compétences gestionnaires à caractère commercial, financier ou organisationnel. A cet égard, elles sont souvent comparables à leurs concurrents capitalistes par leur offre de produits sur les marchés de services et l'évolution de leurs structures organisationnelles.

Mais elles s'en démarquent aussi en revendiquant une double spécificité, éthique et institutionnelle, signe de leur appartenance à l'univers de l'économie sociale. Nombre d'entre elles affirment s'engager dans des actions d'utilité collective concernant leurs adhérents mais au-delà aussi, l'ensemble de la société.

De même, ces entreprises revendiquent ouvertement des pratiques de gouvernance éthique fondée sur des valeurs solidaires et démocratiques.

## **6. De nouveaux défis**

Pourtant, même armées de cette représentation idéalisée, les entreprises de protection solidaires (mutualistes, paritaires, coopératives)

sont aujourd'hui confrontées à de nouveaux défis économiques et sociaux : évolution des besoins sociétaux de solidarité, mutation des relations avec les pouvoirs publics, concentration accrue des opérateurs privés sur leurs marchés et intensification de la concurrence, banalisation des services et démutualisation des structures financières.

Les groupes de protection sociale devront élargir leurs missions pour satisfaire les nouveaux besoins de la population en santé, prévoyance et sécurité financière dans des conditions économiques contraintes voire très contraintes, en revisitant les fondations des modèles existants.

Ainsi les activités d'assurance de personnes devront être accompagnées par des services pour limiter soit le reste à charge ou soit pour diminuer les prix à payer par les assurés. Les actions de prévention, souvent organisées comme des activités accessoires, devront être organisées comme des leviers de performance économique et médicosociale.

Aujourd'hui ces choix sont prégnants, demain ils seront incontournables pour sauvegarder les modèles solidaristes avec la coopération de tous, régimes obligatoires et complémentaires. ■

*“ Les groupes de protection sociale devront élargir leurs missions pour satisfaire les nouveaux besoins de la population en santé, prévoyance et sécurité financière dans des conditions économiques contraintes voire très contraintes, en revisitant les fondations des modèles existants. ”*





Retrouvez les publications de l'Ipse sur [www.euroipse.org](http://www.euroipse.org)

Welcome  Bienvenue 



**INSTITUT DE LA PROTECTION SOCIALE EUROPÉENNE**  
*Une voie pour la solidarité en Europe*

ipse

IPSE | NOS PUBLICATIONS | NOS ÉVÉNEMENTS | ACTUALITÉS | **CHARTRE EUROPÉENNE** | ESPACE ADHÉRENTS

### NOS ACTIVITÉS

28/03/2013 - A la une, Actualités



#### L'Ipse et les mutualistes avec les eurodéputés pour un statut de la mutuelle européenne

Les députés européens ont adopté à une très large majorité un rapport d'initiative législative appelant à la création d'un statut de la mutuelle européenne, lors de la session plénière du ...

[► Lire la suite](#)

→ ADHÉRENTS

#### BESOIN D'UNE FORMATION ?

Nous pouvons vous proposer des formations sur mesure

#### CHARTRE EUROPÉENNE

Téléchargez notre Charte européenne des entreprises de la protection sociale



#### ÉVÈNEMENT

PARIS - 9 novembre 2012 - 10e Colloque professionnel Ipse » Désignation d'un opérateur unique pour gérer les garanties collectives dans une branche : libre prestation de services ou exigence de solidarité ?

[► Lire la suite](#)

#### NEWSLETTER

• Abonnez-vous à la newsletter FOLIO  
• Archives des newsletters

**NOUS ÉCRIRE**





27/03/2013 - A la une, Actualités

**Au Comité économique et social européen et avec l'Ipse, notre adhérent l'Ircem fête ses 40 ans !**

Né en mars 1973, l'Ircem, groupe de protection sociale dédié aux emplois de la famille au service de plus de 5 millions de personnes en France, a fêté ainsi ses ...



27/03/2013 - A la une, Actualités

**Jean-Louis Cabrespines à l'Ipse : « L'économie sociale pourrait élargir son périmètre à de nouveaux acteurs »**

Lors de sa dernière réunion de la commission Synergie, rassemblant ses adhérents mutualistes et paritaires sur des thèmes fédérateurs, l'Ipse a reçu Jean-



26/03/2013 - A la une, Actualités

**Parlement européen : travailler plus longtemps, cotiser plus solidaire**

Le Parlement européen a répondu au Livre blanc de la Commission européenne, publié en février 2012 (déjà !), par une résolution non-législative, présentée par la députée Ria Oomen-Ruitgen (PPE). ...