
La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée

*Lucy apROBERTS **

Les discussions françaises sur la protection sociale en général et sur les retraites en particulier reposent souvent sur l'hypothèse implicite, que les dispositifs d'entreprise pourraient en partie compléter, remplacer ou prendre le relais des dispositifs nationaux. Nous allons montrer dans cet article que ces deux formes de protection sociale ont des effets fondamentalement différents de par leurs natures même ¹. Les régimes de protection sociale couvrant des groupes restreints de salariés, au niveau d'une entreprise ou d'une branche, ne sauraient reproduire la solidarité mise en œuvre par la protection sociale fonctionnant à une échelle nationale. Cette solidarité là a un impact sur l'économie et sur la société qui est souvent occulté dans les débats. L'une des raisons en est que la solidarité nationale est tellement prégnante en France que l'on perd parfois de vue ses conséquences. Dans cet article, nous allons essayer de les mettre en lumière.

Nous procéderons en trois étapes. Dans la première partie, nous esquisserons un cadre d'analyse générale de la protection sociale qui prend en compte la variété de ses formes institutionnelles et qui définit des concepts permettant de les distinguer les unes des autres. Dans la seconde partie, nous analyserons les

* Chercheuse à l'IRES

¹. Ce texte reprend de larges extraits d'un rapport réalisé par l'auteur avec Emmanuel Reynaud pour la MIRE en février 1998 et intitulé *Un panorama de la protection sociale complémentaire*.

rôles joués par les différents acteurs impliqués dans la protection sociale en France – employeurs, syndicats, pouvoirs publics et organismes assureurs – et leur implication quant au niveau de fonctionnement de la protection sociale : interprofessionnel, branche ou entreprise. Dans la dernière partie, nous examinerons les solidarités opérant dans les dispositifs couvrant des groupes restreints de salariés en les comparant avec les solidarités à l'œuvre dans les dispositifs obligatoires fonctionnant à une échelle nationale.

I. Les variétés de protection sociale

Les systèmes de protection sociale de tous les pays industrialisés à économie de marché sont constitués d'une combinaison de dispositifs, les uns d'origine légale, les autres issus de l'initiative d'acteurs du domaine professionnel : les employeurs et les organisations syndicales. En France, cette seconde forme de couverture, que l'on qualifie souvent de « complémentaire », occupe depuis longtemps une place particulièrement importante dans le système global de protection sociale. Pourtant les recherches sur la protection sociale tendent régulièrement à se centrer sur les seuls dispositifs légaux. Notre langage même révèle ce biais : ce que l'on désigne par l'expression « Etat-providence » regroupe le plus souvent une variété d'institutions qui n'ont pas toutes été créées par les pouvoirs publics et qui ne sont pas forcément gérées par eux.

La comparaison internationale met en évidence un second trait saillant du système français, à savoir le poids de l'échelon national et la faible place occupée par l'entreprise. Des instances centralisées fonctionnant sur un plan national, dont les décisions s'imposent à l'ensemble des employeurs, jouent un rôle prépondérant. Dans le domaine des retraites en particulier l'entreprise est quasiment absente. Le patronat et les syndicats ont instauré des régimes complémentaires paritaires qui versent des pensions s'ajoutant à celles de la Sécurité sociale pour l'ensemble des salariés du secteur privé. A côté de ces régimes, les pensions versées par les dispositifs d'entreprise concernent peu de salariés et la place qu'elles occupent dans le système de retraite global est tout à fait marginale (Reynaud, 1994).

Néanmoins, il existe dans le système français de protection sociale des marges d'initiative où des décisions sont prises au niveau de la branche ou de l'entreprise. C'est le cas pour la prise en charge complémentaire de frais médicaux et pour l'ensemble des garanties que l'on regroupe habituellement sous le nom de « prévoyance ». Ces dernières comprennent essentiellement des prestations versées en cas de décès d'un salarié au cours de sa carrière, en cas d'invalidité ou en cas d'incapacité temporaire à travailler. Ces deux formes de couverture sociale tendent à s'étendre. Parallèlement, il est question de mettre en place de nouveaux dispositifs qui élargiraient le rôle de l'entreprise dans la prise en charge de la retraite.

Dans cette section, nous allons d'abord poser un cadre d'analyse général de la protection sociale qui consiste à considérer celle-ci comme une compo-

sante de la rémunération des salariés. Nous examinerons ensuite plusieurs concepts clefs qui permettent de caractériser les différentes formes de protection sociale.

1. Un cadre d'analyse de la protection sociale

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

Les analyses de la protection sociale considèrent souvent que celle-ci serait destinée avant tout à corriger les inégalités de revenu engendrées par le système productif. **Celui-ci régirait une distribution des revenus du travail et du capital – salaires et profits – et les politiques sociales effectueraient une seconde distribution ou redistribution, verticale cette fois-ci, au profit des personnes dont les revenus sont faibles (Friot, 1993 : chap. 1 et 2) . Les conclusions qui résultent de ce type d'analyse sont normatives : le but de la protection sociale est considéré comme donné et on étudie dans quelle mesure elle corrige les inégalités ou comment elle pourrait mieux les corriger.**

Ce point de vue convient mal à l'analyse de la protection sociale de base. Celle-ci met en œuvre de multiples formes de solidarité, qui sont loin de se réduire à une redistribution verticale. Quant aux régimes conventionnels obligatoires – les retraites complémentaires et l'assurance chômage –, ils fonctionnent selon une logique de proportionnalité entre prestations et salaires qui tend à reproduire les inégalités des salaires. Dans une large mesure, la protection sociale obligatoire projette les inégalités des salaires au-delà de l'activité.

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

On pourrait en conclure que ces dispositifs n'ont rien en commun avec ce que l'on appelle habituellement « protection sociale ». Il nous semble préférable d'adopter une approche qui permet d'appliquer une même grille d'analyse à la protection sociale d'entreprise et à la protection sociale obligatoire. Nous vi-

sons à prendre en compte l'ensemble des fonctions effectivement assumées par la protection sociale et non à les supposer définies *a priori*.

Un second principe parfois posé comme appartenant à l'assurance sociale est celui de la neutralité actuarielle, un principe dérivé de l'assurance commerciale. Selon ce principe les assurés sont censés payer une prime fonction du risque : en suivant ce principe, les propriétaires d'un bien immobilier, par exemple, paient une prime d'assurance-incendie qui augmente avec la valeur de leur propriété. Si ce principe s'appliquait à la protection sociale, chaque assuré d'un régime garantissant une prestation proportionnelle à son salaire verserait une cotisation elle aussi proportionnelle à son salaire.

La protection sociale obligatoire ne respecte pas une proportionnalité stricte entre prestations et cotisations. Ceci est manifeste dans le cas des allocations familiales ou celui de la couverture de frais médicaux. Dans le premier, le montant des prestations dépend du nombre d'enfants à charge. En ce qui concerne les frais médicaux, les dépenses de soins des individus ne sont pas liées à leur niveau de salaire et, d'autre part, les membres de la famille à la charge des salariés sont couverts sans qu'ils aient à payer un supplément de cotisation. Le montant des indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accidents du travail ou de congé maternité est calqué sur le salaire, représentant une proportion de celle-ci ou tout au moins du salaire plafonné. Mais en matière de chômage, d'invalidité ou de retraite la proportionnalité stricte n'est pas de mise. D'une manière générale, le montant de la prestation augmente avec le niveau du salaire, mais bien d'autres facteurs entrent en ligne de compte : les fluctuations du salaire au cours de la carrière, la situation familiale, la durée de carrière, la prise en compte de périodes de chômage, etc.

En ce concerne les régimes de retraite, une autre relation entre prestations et cotisations est parfois érigée en principe de distribution. Il s'agit de la neutralité actuarielle de l'assurance vie définie comme une égalité entre la valeur actuelle de la prestation totale et la valeur actuelle de la somme des cotisations. Alors que dans l'assurance invalidité ou l'assurance chômage la neutralité actuarielle consisterait en une proportionnalité entre la cotisation (ou salaire) et la prestation, ici on additionne l'ensemble des cotisations et l'ensemble des prestations. Si cette forme de neutralité actuarielle est respectée, alors on peut considérer que les assurés « récupèrent leur mise », c'est-à-dire que les individus paient à leur juste valeur les prestations qu'ils reçoivent (Blanchet, 1996) .

Ce principe de fonctionnement n'est pas appliqué par les régimes de retraite existants, qu'il s'agisse de régimes d'entreprise ou de régimes publics et que ce soit en France ou ailleurs (apRoberts et Concialdi, 1999). Les régimes de retraite adoptent généralement comme point de référence le salaire d'une partie de la carrière et non la totalité des salaires reçus. Même les régimes complémentaires français, qui calculent la pension en totalisant les « points » acquis au cours de toute la carrière, prennent en compte la situation familiale et les périodes de chômage et, au début de leur fonctionnement, ces régimes accordaient des points pour les périodes de travail accompli avant leur instauration. Vouloir ap-

plier ce concept de neutralité actuarielle aux régimes de retraite revient à projeter sur ces institutions une logique d'épargne, c'est-à-dire d'accumulation d'un capital, une logique qui leur est fondamentalement étrangère.

Certains auteurs prétendent que la protection sociale combinerait les deux principes – la redistribution et l'assurance – et que l'on peut l'analyser en examinant le dosage qu'elle opère de ces deux principes. Nous pensons plutôt que ni l'un ni l'autre de ces deux principes n'appartient à la protection sociale. Son fonctionnement est d'une autre nature.

L'on a souvent du mal à caractériser la partie de la rémunération des salariés constituée par la protection sociale. Elle est parfois appelée « salaire indirect », par opposition à « salaire direct ». Cette caractérisation a l'avantage de souligner l'idée selon laquelle la protection sociale constituerait une composante du salaire. Cependant cette terminologie s'avère insatisfaisante lorsqu'elle est appliquée à certains éléments de la protection sociale. Un employeur peut très bien verser des prestations sociales directement à ses salariés : cela se produit couramment en ce qui concerne le maintien du salaire pendant un congé maladie ; ou encore, certaines entreprises versent des pensions de retraite de la sorte, en les finançant directement, tout comme les salaires. Dans ces cas, les prestations sociales ne passent pas par une caisse séparée du budget de l'entreprise. L'opération n'a alors rien d'indirect.

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

Il nous semble essentiel de considérer la protection sociale – complémentaire ou de base – comme une composante de la rémunération globale des salariés (Friot, 1998). Vue sous cet angle, elle constituerait une partie du salaire, au même titre que le salaire dit « direct ». A partir de cette analyse, une question fondamentale est de connaître les facteurs qui gouvernent l'arbitrage entre salaire direct et prestations sociales au sein de la rémunération globale. Cette question est liée aux niveaux auxquels sont prises les décisions concernant cet arbitrage. Une partie des prestations sociales est distribuée par des caisses de branche ou par les entreprises. Une autre est distribuée par des régimes fonctionnant à une échelle centralisée et nationale. Quels facteurs déterminent les frontières entre ces niveaux ?

2. Les différentes formes de protection sociale

Dans la littérature sur les comparaisons internationales, la protection sociale est parfois caractérisée comme un système à trois « piliers » : le premier serait le régime de base public ; le second les régimes complémentaires ou professionnels ; le troisième les revenus provenant de l'épargne des ménages (Banque mondiale, 1994). Cette typologie semble mal adaptée à la réalité dans la plupart des pays. Tout d'abord, la métaphore de piliers implique un certain rapport entre les trois qui est de fait normatif. Pour tenir debout, une structure a besoin d'au moins trois piliers et ceux-ci doivent être de proportions égales. Ce schéma semble correspondre plus ou moins à la réalité du système de retraite de la Suisse, pays d'où provient cette terminologie. Mais ailleurs, les régimes de base sont généralement prépondérants et on ne peut guère qualifier les régimes complémentaires – ou l'épargne des ménages – de « piliers » du financement de la protection sociale au même titre : ni en ce qui concerne les revenus de retraite, ni en ce qui concerne d'autres prestations.

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

Le terme « complémentaire » est souvent utilisé en France pour caractériser les étages supérieurs de la protection sociale, ceux qui se superposent à la protection sociale de base. Ce terme signifie également que base et complémentaire forment un tout et font ensemble système. Il implique également que la base forme l'essentiel, le reste venant la compléter mais de façon secondaire.

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

Notons qu'en ce qui concerne les salariés du secteur public ces distinctions sont inopérantes. Le concept de complémentaire n'y a pas grand sens et en tout

cas pas le même que dans le secteur privé. Etant donné que l'Etat est leur employeur, la protection sociale des fonctionnaires peut être considérée soit comme intégralement d'origine légale soit comme entièrement d'origine professionnelle. On peut parfois distinguer différents « étages » au sein de la protection sociale des fonctionnaires : l'assurance médicale complémentaire y fait l'objet de garanties gérées par des mutuelles auxquelles les salariés choisissent individuellement d'adhérer ou pas ; il existe également des dispositifs complémentaires de retraite à participation facultative comme l'assurance médicale complémentaire.

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

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

Dans le domaine de la retraite la signification du terme « complémentaire » a connu un glissement dans le temps qui allait de pair avec des changements institutionnels. Il y a trente ans le terme regroupait tout ce qui complète la protection sociale de base d'origine étatique, mais aujourd'hui, en ce qui concerne la retraite, il est souvent réservé aux seuls régimes complémentaires obligatoires. Du coup l'on a inventé le terme « sur-complémentaire » pour caractériser les dispositifs qui versent des pensions en plus de celles fournies par l'ensemble des régimes obligatoires, c'est-à-dire aussi bien le régime de base que les régimes complémentaires. Actuellement l'adjectif « supplémentaire » est souvent

utilisé pour décrire ces dispositifs . Ces changements dans la signification des mots proviennent du fait que les régimes de retraite complémentaire se sont construits à partir de décisions prises par le patronat et les syndicats. Ces institutions établies volontairement sont devenues obligatoires de par la loi et l'on a cherché de nouveaux termes pour caractériser les dispositifs non obligatoires.

Les régimes de retraite complémentaire ont longtemps laissé libre un certain espace de décision pour les entreprises en leur permettant de verser des cotisations supplémentaires au-delà du niveau obligatoire. Cette liberté était cependant très contrainte dans la mesure où, une fois la décision prise d'augmenter le taux, le nouveau taux majoré devenait obligatoire en quelque sorte, l'entreprise n'ayant pas le droit de l'abaisser. Cette marge de liberté est aujourd'hui disparue, les partenaires sociaux ayant négocié un taux unique, le même pour tous . Ainsi, les régimes complémentaires ont supprimé un espace volontaire en leur sein en rendant la cotisation entièrement obligatoire.

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

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

II. Les acteurs de la protection sociale en France

Nous allons d'abord examiner les rôles que jouent les acteurs sociaux – employeurs, syndicats et pouvoirs publics – dans la protection sociale en France et comment ils définissent les niveaux auxquels fonctionnent les différentes sortes de dispositifs. Ensuite, nous verrons comment se dessinent les contours du marché de la protection sociale et nous comparerons les prestations qui passent par ce marché à celles qui transitent par des caisses obligatoires.

1. Acteurs sociaux et niveaux de décision

Pour les salariés du secteur privé les acteurs principaux de la protection sociale sont au nombre de trois : les pouvoirs publics, les employeurs et les représentants des salariés. En ce qui concerne le secteur public la configuration d'acteurs est tout autre. Il n'y en a que deux : l'Etat-employeur et les représentants des salariés. Cela fait que les logiques des décisions, aussi bien sur le salaire direct que sur la protection sociale, sont assez différentes de celles qui prévalent dans le secteur privé. Quant aux travailleurs indépendants, il n'existe là encore que deux acteurs essentiels : l'Etat et les bénéficiaires-employeurs.

En France les décisions concernant la protection sociale du secteur privé ont souvent été prises en dehors de l'entreprise : soit par la négociation collective de branche ou interprofessionnelle, soit par la législation. Cette tradition est de longue date et concerne même des dispositifs instaurés sous l'impulsion du patronat, telles les allocations familiales. Elle concerne également la retraite. Tandis que dans d'autres pays – les Etats-Unis, le Royaume-Uni ou l'Allemagne (apRoberts et Reynaud, 1992) – l'avènement d'un régime national de base n'a pas fait disparaître les régimes de retraite d'entreprise, en France, après l'accord interprofessionnel de 1947 créant un régime national complémentaire pour les cadres, peu d'entreprises ont gardé ou instauré des dispositifs propres à leurs salariés. L'histoire de la retraite en France depuis 1947 est celle de l'expansion du système complémentaire. Et l'histoire de la protection sociale française est essentiellement celle de la construction de dispositifs fonctionnant à l'échelle de tout le secteur privé voire de tout le pays.

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

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

Aujourd'hui les décisions concernant la protection sociale volontaire sont prises au niveau des entreprises ou des branches. En matière des indemnités associées à la mensualisation – les indemnités journalières et les indemnités de départ – beaucoup de conventions collectives de branche majorent les minima. Les entreprises à leur tour dépassent souvent les niveaux requis par la négociation de branche. En ce qui concerne la protection sociale volontaire gérée par un organisme assureur les décisions de branche peuvent influencer celles prises par les entreprises de plusieurs façons (apRoberts, 1993).

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

La couverture de frais médicaux est plus décentralisée que la prévoyance. Les conventions collectives de branche traitent très rarement de ce volet de la protection sociale (apRoberts, 1998). Traditionnellement objet d'adhésions facultatives gérées par des mutuelles cet élément de la protection sociale **est plus souvent facultatif que d'autres garanties et, y compris au sein d'entreprises ou de groupes d'entreprises qui ont centralisé la prévoyance, la couverture de frais médicaux est couramment organisée au niveau des établissements.**

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

2. Le marché de la protection sociale

La plus grande part de la protection sociale en France ne relève pas de mécanismes de marché. La couverture par la sécurité sociale s'impose à l'ensemble des salariés du secteur privé. Les entreprises choisissent généralement leurs caisses de retraite complémentaire mais il n'y a pas de concurrence entre les caisses sur la base des prix. Une partie des prestations sociales est versée aux salariés directement par les entreprises. Enfin une partie de la protection sociale relève d'un marché où plusieurs sortes d'organismes assureurs sont en concurrence.

Les prestations sociales peuvent être versées directement par une entreprise sans transiter par une caisse séparée de ses propres comptes. Il s'agit d'une gestion interne où l'entreprise agit en quelque sorte comme son propre assureur. Dans ce cas les prestations sont versées directement aux bénéficiaires – salariés ou anciens salariés – tout comme les salaires. Ce fonctionnement correspond à la manière dont l'Etat gère la plupart des prestations sociales versées aux fonctionnaires.

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

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

Le reste de la protection sociale peut théoriquement être géré en interne ou en externe. La protection sociale volontaire gérée en externe constitue un marché car il existe de nombreux organismes assureurs en concurrence les uns avec

les autres pour sa gestion et cette concurrence joue aussi bien sur les prix que sur la qualité des services proposés.

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

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

Ce découpage correspond aux séparations entre les contrats. La retraite supplémentaire gérée en externe fait l'objet de contrats séparés des autres éléments. Elle est beaucoup moins développée que les deux autres segments du marché. Il arrive qu'un seul contrat comprenne à la fois les frais médicaux et le reste de la prévoyance, mais ces deux éléments sont souvent séparés. De même, le terme « prévoyance » est parfois utilisé par les acteurs qui mettent en place la protection sociale volontaire pour désigner seulement les garanties autres que les frais médicaux et parfois il comprend les frais médicaux. Pour les besoins de l'exposé nous utilisons le terme « prévoyance » ici dans le premier sens sans y inclure les frais médicaux. Les indemnités de fin de carrière ont un statut à part. Les sociétés d'assurance considèrent qu'elles relèvent de l'assurance vie et les associent à la retraite supplémentaire. Parfois elles sont incluses dans un contrat concernant la prévoyance.

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

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

La prévoyance comprend toute une série de garanties. Les plus fréquentes correspondent au décès d'un salarié actif, à l'invalidité et au maintien du salaire pendant un congé maladie ou maternité, ces derniers étant souvent appelés « incapacité » dans les contrats. Les formes que revêtent les prestations principales varient d'un contrat à l'autre.

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

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

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

En raison de l'éclatement des couvertures il est difficile d'établir une mesure des sommes qui y transitent par le marché de la protection sociale. Le GAP (Groupement des assurances des personnes), organisme rattaché à la Fédération française des sociétés d'assurance, a établi l'évaluation suivante pour l'année 1995. Ces chiffres ne sont pas très récents mais ils donnent un ordre de grandeur des prestations qui passent par le marché comparées à celles versées par les caisses à affiliation obligatoire. Sont comptabilisés le remboursement de frais médicaux, la prévoyance (telle que définie plus haut) et la retraite. Les prestations versées au chômeurs n'y figurent pas.

Le GAP n'a pas donné de chiffre sur l'ensemble des prestations de retraite des régimes volontaires mais il présente des données sur les primes versées pour financer cette couverture. L'ensemble des organismes assureurs – sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, groupements mutualistes – aurait encaissé un total de 17 milliards de francs de cotisations pour la couverture retraite en 1995. Le total des prestations a dû être moindre en raison du fait que beaucoup de dispositifs de retraite en capitalisation ne sont pas à maturité.

Au total les prestations des régimes obligatoires – régimes de base + régimes de retraite complémentaires obligatoires – représentaient 1 603 milliards de francs tandis que les prestations complémentaires volontaires ne dépassaient pas les 142 milliards (en comptant 17 milliards pour la couverture retraite volontaire), soit moins d'un dixième du total.

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

Ce marché est un lieu de concurrence entre trois catégories d'organisme : les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance et les mutuelles. Les différentes catégories d'organismes sont spécialisés dans une certaine mesure selon le segment du marché. Les sociétés d'assurance sont très présentes en ce qui concerne la retraite supplémentaire. Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance se partagent l'essentiel de la prévoyance. Les mutuelles sont bien implantées dans la couverture de frais médicaux mais les autres organismes gèrent également cette forme de couverture.

Les organismes assureurs ont tendance à pousser, pour des raisons évidentes, à l'extension de la partie marchande de la protection sociale et cela de deux façons. Ils tentent d'étendre le marché en faisant basculer la protection sociale gérée en interne à des contrats externes à travers leur démarchage auprès des employeurs et également auprès des syndicats. A certains moments ils essaient d'influencer les décisions politiques de manière à étendre leur marché potentiel. Ils font pression, d'une part, pour que la gestion en interne soit découragée ou interdite et, d'autre part, pour que la protection sociale gérée par des caisses obligatoires, qui échappe au marché, recule.

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

III. La solidarité fragmentée

Les régimes obligatoires fonctionnant à l'échelle nationale tissent des liens entre les individus et entre les ménages ; ces formes de solidarité sont remises en cause dans les dispositifs de branche ou d'entreprise. En outre les régimes obligatoires assurent une harmonisation de la couverture sociale – aussi bien en ce qui concerne les prestations que les cotisations – à travers tout le secteur privé : dans toutes régions, dans tous les secteurs d'activité et toutes les professions, dans toutes les entreprises ; la protection sociale volontaire engendre diverses formes d'inégalités au sein du salariat.

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

Ce constat s'appuie sur des études concernant la prévoyance de branche et d'entreprise (Abécassis, apRoberts et Kartchevsky, 1990 ; apRoberts, 1998) . Par ailleurs, la protection sociale volontaire aux Etats-Unis est évoquée dans cette section. Dans ce pays, l'assurance médicale et les régimes de retraite complémentaire sont gérés essentiellement par des dispositifs de branche ou d'entreprise. Par son caractère à l'opposé du système français de protection sociale, le système américain met en lumière certains aspects de la différence entre la protection sociale gérée au niveau national et celle qui fait l'objet d'une gestion fragmentée.

Nous allons d'abord examiner les différentes formes de solidarité à l'œuvre au sein de dispositifs de protection sociale couvrant des groupes restreints de salariés. Ensuite nous adopterons un point de vue plus macro-économique en re-

Prestations sociales, 1995

(en milliards de francs)

Régimes obligatoires	
- frais médicaux	603
- prévoyance	87
- retraite	913
- régimes de base	672
- régimes complémentaires obligatoires	241
Couvertures volontaires	
- frais médicaux*	73
- prévoyance	52

gardant les inégalités engendrées au sein du salariat dans son ensemble par une protection sociale fragmentée.

1. La solidarité au sein des régimes volontaires

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

Un assureur qui vend des polices à des individus sur un marché concurrentiel a tendance à différencier ses clients potentiels selon la probabilité qu'ils soient exposés au risque ou non. Il peut soit refuser d'assurer certains individus soit différencier les primes selon le degré de risque. L'assurance collective couvrant un groupe de salariés diffère de l'assurance individuelle par le fait que la couverture et la cotisation doivent être les mêmes pour tous les salariés membres du groupe concerné. Les individus « à risque » ne peuvent pas être exclus et ils ne doivent pas avoir à payer plus que les autres.

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

Le remboursement de frais médicaux

La couverture de frais médicaux diffère sur plusieurs plans d'autres éléments de la protection sociale complémentaire. Les particularités de la couverture médicale se révèlent dans les modalités institutionnelles de sa prise en charge qui en font souvent une garantie à part, non intégrée aux régimes de prévoyance. D'abord cet élément de la protection sociale volontaire fait beaucoup plus rarement l'objet d'accords de branche que la prévoyance, c'est-à-dire les assurances décès, invalidité et incapacité (apRoberts, 1998). Ensuite l'assurance médicale est facultative plus souvent que d'autres éléments de la protection sociale. De plus la couverture médicale peut faire l'objet d'une cotisation forfaitaire tandis que les autres garanties sont systématiquement financées par une cotisation calculée comme un pourcentage du salaire. Enfin même si elle est parfois regroupée avec la prévoyance dans un seul régime la couverture de frais médicaux fait sou-

vent l'objet d'un dispositif distinct de la prévoyance, éventuellement avec un organisme assureur distinct.

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

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

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

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

mum et d'un minimum rapproche une cotisation proportionnelle d'un forfait.

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

Les prestations familiales

Si la protection sociale volontaire opère rarement une redistribution en faveur des bas revenus, elle redistribue souvent en faveur des familles. Cette forme de protection sociale concerne les familles à plusieurs titres. Les garanties décès comprennent régulièrement une rente pour les enfants ou le conjoint. **Les rentes d'invalidité sont souvent majorées si le bénéficiaire a des enfants à charge. Beaucoup de régimes de retraite versent une pension de réversion au conjoint survivant suite au décès du retraité. Enfin le remboursement de frais médicaux concerne la plupart du temps non seulement l'affilié lui-même mais également sa famille. Toutes ces prestations de nature familiale font qu'un salarié ayant une famille peut bénéficier, à cotisations égales, de prestations de valeur supérieure à celles perçues par un célibataire.**

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

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

La variété de solutions adoptées dénote une hésitation sur les modalités de prise en charge de la famille et sur les formes que devrait revêtir la solidarité entre affiliés d'un même régime. Les célibataires doivent-ils payer pour les fa-

milles ? L'entreprise doit-elle payer une cotisation supplémentaire pour les salariés ayant des familles ? Un autre exemple est constitué par les rentes de survivants. Ces rentes sont parfois comprises dans un régime obligatoire mais parfois elles constituent une option individuelle. Dans ce dernier cas, comme pour les frais médicaux, tantôt l'employeur participe au financement de cette couverture facultative et tantôt le seul salarié verse une cotisation supplémentaire.

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

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

Comme la protection sociale volontaire en France, les régimes de retraite professionnels américains sont tenus de couvrir tous les membres d'une catégorie donnée de salariés pour bénéficier d'exemptions fiscales sur leur financement (apRoberts, 1999, chap. V). La réglementation fédérale exige en outre que ces dispositifs offrent une pension de réversion pour le conjoint. Cependant cette dernière garantie est facultative. Les salariés dont le conjoint en bénéficie « paient » cette prestation familiale sous forme d'une réduction actuarielle de leur propre pension de retraite de manière à ce que la prestation globale soit de même valeur pour tous les salariés, mariés ou célibataires. Cette politique fait qu'il n'existe aucune redistribution entre célibataires et personnes mariées. De cette façon les dispositifs professionnels rompent avec la solidarité entre ménages mise en place par le régime national.

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

D'une manière générale les régimes nationaux de protection sociale mettent en place une solidarité entre ménages. Les dispositifs professionnels tendent à faire éclater cette forme de solidarité. En France la question des modalités de prise en charge des familles se pose à maintes reprises concernant les règlements des régimes de protection sociale de branche ou d'entreprise. Il existe une hésitation quant aux formes que devrait revêtir la solidarité entre affiliés d'un même ré-

gime. Les réponses apportées diffèrent d'un groupe à l'autre mais il existe probablement des tendances générales. Les régimes professionnels tendent-ils vers une prise en charge des familles par des dispositifs collectifs, financée à la fois par le groupe de salariés et l'employeur ? Ou alors tendent-ils vers une forme d'individualisation où chacun paie pour les siens ? Dans ce dernier cas la solution qui aurait tendance à prédominer serait celle des prestations familiales offertes sous forme facultative, financée par le salarié lui-même à travers une cotisation individuelle supplémentaire.

La différenciation des catégories de salariés

La protection sociale complémentaire peut opérer une différenciation de la rémunération d'une catégorie à l'autre, différenciation qui revêt une forme non seulement quantitative mais également qualitative (Abécassis, apRoberts et Kartchevsky, 1990). La première catégorie à acquérir un régime de retraite complémentaire national fut celle des cadres en 1947. Ce régime a servi de modèle à la mise en place d'une couverture complémentaire pour les autres catégories de salariés. Le même phénomène s'est produit en matière de prévoyance sans que cette forme de forme de couverture devienne complètement généralisée. La convention collective interprofessionnelle de 1947 exige une cotisation patronale consacrée à une assurance décès pour les seuls cadres. Une fois un dispositif de prévoyance instauré pour les cadres les entreprises l'ont souvent étendu : en augmentant les cotisations au-delà du minimum, en ajoutant des garanties supplémentaires et enfin en étendant la couverture à d'autres catégories.

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

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

Enfin la part de la cotisation prise en charge par l'employeur peut être plus élevée pour les cadres que pour les non-cadres, même lorsque le taux de cotisation globale est le même pour tous. Une des raisons est la nécessité pour l'em-

ployeur de respecter l'accord de 1947 en prenant à sa charge au moins 1,5 % de la tranche du salaire des cadres située en dessous du plafond de la Sécurité sociale. Mais ceci n'est pas la seule cause de la différenciation de la répartition entre cotisations patronales et cotisations salariales, car elle concerne souvent les cotisations dépassant ce minimum. Comment interpréter cette différence dans la répartition des cotisations ? Lors de l'instauration d'une nouvelle garantie ou d'une augmentation de cotisation il peut s'agir d'une hausse sélective de la rémunération globale des cadres. Pour l'analyser plus complètement il faudrait examiner les évolutions à la fois du salaire direct et des cotisations afin de suivre les changements de la rémunération globale pour les différentes catégories.

La différenciation entre catégories s'opère le plus couramment entre cadres et non-cadres mais les lignes de démarcation peuvent être autres. Il peut exister des différenciations entre catégories de non-cadres.

Les garanties facultatives

Les régimes d'entreprise obligatoires, c'est-à-dire ceux qui s'imposent à l'ensemble des membres d'une catégorie donnée, comportent souvent des choix individuels concernant les garanties. Ces choix sont de deux ordres. Dans certains régimes les salariés choisissent individuellement entre deux formes de garantie : par exemple, entre un capital décès sans rente pour le conjoint ou un capital décès d'un montant moins important assorti d'une rente. Cela représente une façon d'offrir une couverture de valeur équivalente aux salariés mariés et célibataires, comme dans l'exemple des régimes de retraite d'entreprise aux Etats-Unis cité plus haut. Ou alors les salariés peuvent choisir des garanties supplémentaires, en plus de celles qui s'imposent à tous. Dans les accords d'entreprise ou les contrats conclus avec un organisme assureur ces garanties facultatives sont régulièrement appelées des « options » tandis que les garanties obligatoires sont souvent appelées le « régime de base ».

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

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

Comme pour l'ensemble des garanties de groupes de salariés l'organisme assureur doit pratiquer la même tarification pour tous, sans discriminer en fon-

tion du risque individuel. Cependant il peut se produire ce que les assureurs appellent une « sélection adverse » en ce qui concerne les garanties facultatives : les salariés ayant une forte probabilité de subir un risque auront tendance à souscrire les garanties correspondantes. Par exemple, seuls ceux qui ont besoin de lunettes souscriront à une couverture supplémentaire pour les frais d'optique. Pour cette raison le prix d'une garantie facultative tend à être plus élevée que si la couverture en question était obligatoire pour tous. L'existence d'une garantie facultative scinde le groupe en deux – ceux qui la souscrivent et ceux qui ne la souscrivent pas – sans mutualisation entre les deux.

2. Les inégalités au sein du salariat

La protection sociale volontaire ne concerne que les salariés travaillant dans des branches ou des entreprises ayant choisi de la mettre en place. On pourrait penser qu'il suffirait qu'elle s'étende pour que l'ensemble des salariés du secteur privé bénéficie d'une amélioration de leur couverture sociale. On peut même concevoir qu'elle soit rendue obligatoire : par le biais d'accords de branche exigeant que chaque entreprise couvre ses salariés ou encore par un accord interprofessionnel semblable à celui de 1947 exigeant une assurance décès pour les cadres voire même par une loi. Une telle décision généraliserait effectivement la couverture. Cependant la protection sociale **gérée au niveau national met en œuvre des formes de solidarité – entre salariés, entre ménages, entre entreprises, entre secteurs, entre régions – que n'opèrent pas des régimes à financement séparé couvrant des groupes restreints. Cette différence est radicale. Les deux formes de protection sociale n'ont pas les mêmes effets, ni sur un plan social, ni sur un plan économique.**

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

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

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

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

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

Un autre exemple des résultats de la fragmentation de la protection sociale américaine concerne les congés maternité. En 1993 une loi a exigé que les entreprises (au-dessus d'une certaine taille) accordent aux salariées un congé lors d'un accouchement. Cependant elle n'a pas exigé par la même occasion que ce congé maternité soit payé. L'une des raisons de cette lacune est le fait qu'il n'existe pas de caisse publique permettant le versement indirect d'indemnités pendant des congés. De ce fait requérir une rémunération pendant les congés maternité reviendrait à exiger que l'employeur finance cette prestation sociale pour ses salariées enceintes. Le résultat pourrait être une accentuation de la discrimination à l'embauche à l'égard des femmes ou une pression à la baisse des salaires dans les emplois où se trouvent une forte proportion de femmes.

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

Des caisses externes aux entreprises engendrent exactement les mêmes effets que l'« auto-assurance » tant qu'il n'existe pas de compensation entre elles.

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

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

Conclusion

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

Lorsque la protection sociale volontaire fait l'objet d'exemptions fiscales on peut considérer que le budget de l'Etat, c'est-à-dire l'ensemble des contribuables, participe à son financement. Ceci ne semble justifié que si la protection sociale volontaire est utile à la collectivité. Sinon on peut considérer qu'il s'agit simplement d'une subvention publique de la rémunération des groupes de salariés qui en bénéficient.

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

Or on ne peut guère considérer la protection sociale gérée par des caisses séparées comme une alternative à celle fondée sur une mutualisation à l'échelle nationale. Même au sein des groupes concernés la solidarité mise en œuvre par

la protection sociale volontaire ne revêt pas les mêmes formes que celle opérée par des régimes nationaux. De plus tant qu'il n'existe pas de compensation entre les organismes qui gèrent la protection sociale la solidarité qu'elle met en place est limitée à des groupes restreints.

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

Références bibliographiques

- apRoberts L. (1990), « Les régimes de prévoyance : protection sociale et gestion du personnel », *La Revue de l'IREES*, n° 4, automne 1990, pp. 67-97.
- apRoberts L. (1993), « Les régimes de prévoyance : gestion de branche, gestion d'entreprise », pp. 211-223, in A. Jobert, J.-D. Reynaud, J. Saglio et M. Tallard (eds), *Les conventions collectives de branche : déclin ou renouveau ?*, Etude du CEREQ, n° 65.
- apRoberts L. (1998), avec la collaboration d'Anissa Allouache, *La négociation collective sur la prévoyance*, Etude réalisée pour la Commission Prévoyance Collective Complémentaire.
- apRoberts L. (1999), *Salariat et retraite aux Etats-Unis*, Thèse pour le doctorat de Sciences économiques, Université de Paris I - Panthéon-Sorbonne.
- apRoberts L. et Concialdi P. (1999), « L'avenir des retraites : quelles ressources pour quelles prestations ? », *Sociétés et représentations*, n° hors-série, Catherine Mills et José Caudron (eds) : « Protection sociale : quelle réforme ? », septembre, pp. 238-253.
- apRoberts L. et Reynaud E. (1992), *Les systèmes de retraite à l'étranger : Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni*, Paris : IRES.
- apRoberts L. et Reynaud E. (1998), *Un panorama de la protection sociale complémentaire*, Rapport réalisé pour la MIRE, février.
- Abécassis D., apRoberts L. et Kartchevsky A. (1990), *La protection sociale complémentaire dans l'entreprise : une étude comparative de secteurs*, Rapport de recherche pour le Commissariat général du Plan et la MIRE, décembre, Paris : Editions Européennes ERASME.
- Banque mondiale (1994), *La crise du vieillissement : Mesures destinées à protéger les personnes âgées et à promouvoir la croissance*, Résumé, Washington D.C. : Banque mondiale.

- Blanchet D. (1996), « Présentation générale », *Economie et Statistique*, numéro intitulé *Economie de la protection sociale : assurance, solidarité, gestion des risques*, n° 291-292, pp. 3-11.
- Friot B. (1993), *Protection sociale et salarisation de la main-d'œuvre : essai sur le cas français*, Thèse pour le doctorat d'Etat de Sciences économiques, Université de Paris X - Nanterre.
- Friot B. (1998), *Puissances du salariat : emploi et protection sociale à la française*, Paris : La Dispute.
- GAP (1997), *Annuaire des assurances des personnes 1997*, Paris : FFSA.
- Hatzfeld H. (1971), *Du paupérisme à la Sécurité sociale : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy : Presses Universitaires de Nancy (réédition 1989).
- Reynaud E. (1994), *Les retraites en France : le rôle des régimes complémentaires*, Paris : Documentation Française.