

La lettre du Collège

COUVERTURE DU RISQUE PRÉVOYANCE : COMMENT L'AMÉLIORER ?

Actes de la 27^e Conférence thématique du 28 mai 2024

SOMMAIRE

Introduction générale
Florence Jusot..... 4

TABLE RONDE 1

Constats et enjeux

■ Denis Raynaud..... 5
■ Anne-Sophie Ginon 6
■ Pascale Lengagne..... 7
■ Yvanie Caillé 9
■ Questions/réponses
Modérateur : Denis Raynaud.....10

TABLE RONDE 2

Prospectif, marché de la prévoyance :
parole aux acteurs du marché

■ Marion Del Sol14
■ Féreuz Aziza15
■ Eric Jeanneau16
■ Cécile Malgouyres18
■ Questions/réponses
Modératrice : Nathalie Fourcade.....21

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

La baisse du taux de remboursement de la consultation

Le nouveau gouvernement cherche à réduire les déficits des comptes publics. Le PLFSS présenté le 10 octobre 2024 propose de réduire le taux de prise en charge des consultations médicales par l'Assurance maladie de 70 à 60 % en 2025. Même si le premier ministre emploie toujours le terme de « responsabilisation », l'idée semble davantage de réduire les dépenses de l'Assurance maladie, plus que de réduire des dépenses de santé jugées trop élevées ou injustifiées.

L'idée est simple : l'augmentation du ticket modérateur sera transparente pour les patients puisque celle-ci sera couverte

par les complémentaires santé. Réduire le taux de remboursement des consultations permettrait donc simplement de réduire les dépenses remboursées par l'Assurance maladie, sans pour autant modifier le reste à charge final des ménages, ni leur accès aux soins.

Ce raisonnement repose toutefois sur plusieurs hypothèses contestables.

Premièrement, 4 % de la population française n'a toujours pas de complémentaire santé. Pour elle, cette augmentation du ticket modérateur induira

(Suite page suivante)

ÉDITORIAL

Bien qu'appartenant au champ de la protection sociale complémentaire, les garanties « prévoyance » y occupent une place singulière. En raison de leur histoire tout d'abord car les régimes complémentaires de « prévoyance » ont été adossés aux négociations conventionnelles sur les salaires, conférant aux partenaires sociaux une indéniable légitimité pour mettre en place des garanties de maintien du salaire en cas de maladie ou d'accident. En conséquence, les garanties « prévoyance » sont très diverses, tant dans leur champ d'application (cadres/non cadres) que dans leur objet qui peut varier et couvrir notamment contre l'incapacité temporaire, l'invalidité, le décès... La quasi-absence de réglementation de la prévoyance complémentaire par les pouvoirs publics, à la différence de la couverture santé, lui donne une place juridique originale au sein du marché de l'assurance complémentaire. Et pourtant, et c'est tout le paradoxe d'ailleurs, la

prévoyance ne s'est pas développée à la hauteur des enjeux économiques qu'elle porte au regard des conséquences financières et économiques auxquelles les individus et les ménages font face en cas de survenue de ces risques.

Les prestations obligatoires versées par la Sécurité sociale et les employeurs en cas d'arrêt de travail, d'invalidité et de décès, offrent aux salariés un premier « filet de sécurité » indispensable, mais souvent très insuffisant dans les cas graves. La prévoyance apporte alors une protection complémentaire essentielle pour faire face financièrement aux difficultés et les surmonter. Contrairement à la complémentaire santé, qui est obligatoire pour les salariés depuis le 1^{er} janvier 2016 et qui fait l'objet par

(Suite page 3)

Le mot de la présidente (suite)

nécessairement une réduction de leur demande de soins, d'autant plus qu'il s'agit d'une population modeste.

Ensuite, les primes des complémentaires santé vont nécessairement augmenter à termes si les dépenses qu'elles couvrent augmentent. Et cette augmentation touchera en premier lieu les personnes les plus âgées, qui payent déjà aujourd'hui des primes très élevées. L'un des risques est de voir certains retraités renoncer à leur complémentaire, ce qui pourrait être un vrai frein à leur accès aux soins.

Enfin, cette réforme est un pas supplémentaire vers la dualité de notre système ambulatoire avec un financement presque partagé à parts égales entre l'Assurance maladie d'une part, et les complémentaires privées et les ménages d'autre part, pour les personnes non reconnues comme des « malades chroniques », alors que le financement resterait quasiment à 100 % pour les personnes reconnues comme « malades chroniques » (ALD). En dehors d'une véritable

modification de la solidarité de notre système public en faveur des malades reconnus en ALD, cette mesure peut induire une pression inévitable pour le basculement vers ce statut. Les médecins pourraient ainsi réagir en demandant la mise en ALD plus systématiquement de leurs patients âgés et modestes. Car il y a aujourd'hui du non-recours à l'ALD comme pour tous les autres droits, que celui-ci soit lié à une non-proposition de mise en ALD par des professionnels qui savent leurs patients couverts par ailleurs, ou par le refus de mise en ALD par des patients qui ne veulent pas se sentir malades et se savent également couverts. Et si cette mesure conduisait à une réduction de ce non-recours, le bilan financier pour l'Assurance maladie pourrait être incertain. ■

Florence Jusot

Présidente du Collège
des économistes de la santé

Collège des économistes de la santé

CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse Bâtiment 15/16
16, avenue Paul Vaillant Couturier – 94807 Villejuif cedex

E-mail : ces@ces-asso.org Site internet : www.ces-asso.org

Directrice de rédaction : Florence Jusot,
assistée de Julia Bonastre et Denis Raynaud - **Secrétariat de rédaction :** Géraldine Ragaru

IRDES Conception maquette : Franck-Séverin Clérembault (Irdes), Anne Evans (Irdes)

Mise en page : Damien Le Torrec (Irdes) - ISSN : 2266-7857

Comité de coordination scientifique :

Sandrine Bourguignon, Florence Jusot, Denis Raynaud

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

**Cette Conférence thématique du Collège a été organisée
à l'Université Paris-Dauphine, le 28 mai 2024
en partenariat avec le Groupe VYV.
Elle s'est tenue en présentiel et en visio-conférence.**

GRUPE
vyv

ÉDITORIAL, suite...

ailleurs d'une régulation parfois perçue comme « excessive » dans le cadre des contrats responsables, la couverture prévoyance ne s'est pas généralisée pour les salariés du privé. Historiquement, depuis la création de la Sécurité sociale et plus précisément depuis l'accord cadre de 1947, seuls les cadres bénéficient d'une protection obligatoire de l'employeur. Cet accord, qui a été reconduit sans changement significatif à l'occasion de l'accord national interprofessionnel de 2017, impose à l'employeur une cotisation de 1,5 % du salaire pour la prévoyance des cadres, et cette prévoyance doit majoritairement couvrir le risque décès. Historiquement, la prévoyance complémentaire répond à une logique statutaire : attractivité du statut de cadre bénéficiant d'une couverture dont ne bénéficient pas les autres salariés, ou pas à la même hauteur, attractivité d'un secteur d'activité ou d'une entreprise qui offrent à ses salariés une meilleure protection contre les risques d'arrêt de travail, d'invalidité et de décès.

Pour les salariés non-cadres, mais aussi les indépendants ou les fonctionnaires, il n'y a pas de prévoyance complémentaire obligatoire. La couverture des salariés non-cadres dépend des négociations de branche et des accords d'entreprise, si bien qu'il y a une grande hétérogénéité des couvertures face à ces risques, qui sont notamment moins bien couverts ou pas couverts du tout dans les petites entreprises. La prévoyance complémentaire s'est néanmoins beaucoup développée dans le cadre des négociations conventionnelles sur les salaires. Ainsi, 9 salariés sur 10 sont couverts par un contrat de prévoyance complémentaire d'entreprise, mais seulement 7 salariés sur 10 dans les entreprises de moins de 5 salariés. Par ailleurs, parmi les salariés couverts, il existe des différences de niveaux de garanties, qui dépendent de la taille des entreprises, du secteur d'activité ou de la politique sociale de l'entreprise.

La réglementation impose depuis 1947 la couverture de la population bénéficiant des meilleures conditions de travail et qui est par ailleurs le moins exposée à un risque de mortalité prématurée. En effet, compte tenu des inégalités sociales de santé, qui sont particulièrement élevées en France, les risques à couvrir sont nettement plus importants pour les non-cadres que pour les cadres, et particulièrement pour les ouvriers, notamment dans certains secteurs comme l'industrie. Ainsi, les ouvriers ont deux fois plus de risque de mourir entre 35 ans et 65 ans que les cadres. Les arrêts maladie sont près de deux fois plus longs dans le secteur de l'industrie extractive que dans le secteur de l'information et de la communication...

Par ailleurs, pour les cadres, la réglementation impose de couvrir en priorité le risque décès, alors même que depuis 1947 les besoins d'assurance ont changé. L'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine ont permis de gagner 20 ans d'espérance de vie et de réduire considérablement la mortalité prématurée. Les risques à couvrir ont évolué : invalidité, activité professionnelle réduite pour raisons de santé ou pour aider des proches en situation de dépendance... mais les obligations de couverture sont globalement inchangées et en décalage par rapport aux besoins, conduisant à une couverture excessive du risque décès pour les cadres et favorisant la création de rentes indues en faveur des organismes de protection sociale complémentaire sur le risque décès.

En conséquence, aujourd'hui, il y a des inégalités de couverture criantes entre catégories de salariés et entre secteurs d'activité, car la prévoyance complémentaire répond à une logique statutaire afin de garantir l'attractivité d'un statut, d'un secteur d'activité ou d'une entreprise. La prévoyance complémentaire ne répond pas à une logique d'assurance sociale, qui conduirait à mieux protéger les plus fragiles, comme c'est le cas de la complémentaire santé solidaire pour l'assurance complémentaire sur les frais de soins. Malheureusement, les salariés et leurs représentants n'ont pas la pleine conscience de cette couverture insuffisante. Il s'agit de risques rares, c'est à dire peu visibles dans les entreprises, et qui par ailleurs contraignent à se projeter de façon assez négative (décès, invalidité...) pour bien les prendre en compte. Inversement, il existe une demande forte de la part des salariés pour la couverture de petits risques, de survenues fréquentes (lunettes, prothèses dentaires...), si bien que les négociations sociales au sein des entreprises et la régulation publique ont prioritairement porté sur ces petits risques. Depuis 2019 et la réforme du 100 % santé, les contrats d'entreprises doivent obligatoirement couvrir intégralement le petit risque relatif aux frais de soins, mais aucune obligation ne concerne le gros risque relatif aux pertes de revenus pour raisons de santé. Pourtant, en présence d'aversion pour le risque, la théorie économique nous enseigne bien que c'est la couverture contre le gros risque qui serait préférable...

Cette 27^e conférence thématique organisée par le Collège des Économistes de la Santé, partant de ce constat, s'intitule donc logiquement « Couverture du risque prévoyance : comment l'améliorer ? ». En réunissant économistes, statisticiens, juristes, mais aussi représentants des patients, hauts-fonctionnaires, assureurs et mutualistes, elle permet une diversité de regards croisés. Une première Table ronde établit les constats, non seulement d'une couverture imparfaite et inégalitaire, mais aussi des difficultés d'assurance en présence de risques aggravés, posant la question de la nécessaire mutualisation des risques. Une deuxième Table ronde a permis un débat animé sur les différentes possibilités d'extension de cette couverture : faut-il une obligation de couverture pour tous les salariés ? sur quel périmètre ? la mutualisation doit-elle se faire par branche ou interbranche ? dans un cadre de concurrence régulée plus ou moins contraignant ou en laissant faire le marché ? Si des options différentes sont débattues, certaines idées convergentes permettent d'esquisser les bases d'une évolution souhaitable du marché de la prévoyance complémentaire. Cette évolution pourrait s'appuyer sur la définition d'un socle de risques à couvrir pour l'ensemble des salariés, mais en laissant le maximum de place à la négociation collective, que ce soit dans le cadre de la branche ou de l'entreprise, et donc en évitant l'écueil d'une régulation trop rigide ne permettant pas l'adaptation de l'offre aux besoins. La régulation des contrats responsables pour l'assurance complémentaire sur les frais de soins constitue à cet égard un contre-exemple qui rend les acteurs du marché relativement méfiants vis-à-vis d'une régulation publique plus importante dont le principe fait pourtant consensus. ■

Denis Raynaud,
Directeur de l'Irdes

Florence Jusot

Présidente du Collège des économistes de la santé

Je vous remercie d'être avec nous cet après-midi, à Dauphine ou en ligne, pour discuter de la question de la couverture du risque prévoyance.

En effet, depuis de très nombreuses années, voire des décennies, beaucoup de travaux et de lois ont permis successivement de réguler l'accès et le contenu de la couverture complémentaire de santé. Il y a eu beaucoup de lois pour couvrir les dépenses de santé. En revanche, il y a eu beaucoup moins de lois, et peut-être même de travaux, autour de la question d'un risque majeur pour les personnes : la perte de salaire en cas de maladie et l'éventuelle sortie définitive du marché du travail.

C'est pour cela qu'aujourd'hui nous nous intéressons à ce sujet grâce à un partenariat avec le Groupe VYV, qui a

écrit récemment un livre blanc appelant à des réflexions autour du risque prévoyance et un peu plus de travaux et de législation sur le sujet.

La journée a été organisée grâce au soutien très actif de Denis Raynaud, directeur de l'Irdes, de Sandrine Bourguignon, qui nous fait l'amitié d'être avec nous cet après-midi, et au soutien logistique de Benjamin Lévy et Géraldine Ragaru.

Nous aurons deux Tables rondes successives. La première sera animée par Denis Raynaud et traitera des constats et des enjeux autour du risque prévoyance et de sa couverture. La seconde, animée par Nathalie Fourcade, sera consacrée à la prospective et aux marchés de la prévoyance. ■

INTRODUCTION

Denis Raynaud

Directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Voici une courte introduction avant de démarrer la Table ronde. Puisque cette conférence est organisée par une société savante d'économistes, je me suis demandé ce que ceux-ci peuvent dire du risque prévoyance. Quelques mots sur les notions de risque. En économie, la théorie de l'utilité espérée nous enseigne qu'en présence de risques d'espérance de pertes identiques mais de probabilités de survenue différentes – c'est à dire une même espérance mais une perte élevée avec une probabilité faible versus une perte faible avec une probabilité élevée – alors la valeur de l'assurance dépend des préférences, et notamment de l'aversion pour le risque.

Face à ces deux types de risques très différents, pour les individus averses au risque la valeur de l'assurance est plus forte pour une assurance contre le risque de faible probabilité de survenue et de montant de perte élevé. C'est la théorie.

Que se passe-t-il en France ? En fait, on a un comportement d'assurance qui n'est pas cohérent avec la théorie. On a une couverture du risque santé (les frais de soins) nettement plus développée que la couverture du risque prévoyance. Évidemment, la probabilité de survenue est plus faible que le risque de santé, puisque plus de 9 personnes sur 10 consomment des soins durant une année, avec des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale relativement limitées compte tenu de certains dispositifs protecteurs (ALD, médicaments remboursés à 100 %...). En revanche, le risque prévoyance se caractérise quand une personne perd ses capacités de gain et perd ses revenus du marché du travail pour des raisons de santé, ce qui est relativement rare (inférieur à 1 % par an pour l'entrée en invalidité). Les indemnités de Sécurité sociale étant relativement limitées, les personnes basculent en invalidité avec des revenus assez faibles. Le risque de perte est très important, et la couverture contre le risque de pertes de revenus est assez peu développée.

Pourquoi ?

La myopie des acteurs, la mauvaise information en est la première raison.

Évoquons aussi les processus de négociation sociale au sein des entreprises, qui ont peut-être tendance à privilégier une assurance qui concèrnera le plus de monde possible. Elle est souvent vue comme une forme de substitution au salaire, des sortes d'avantages en nature. Finalement, dans les processus de négociation au sein des entreprises, la couverture du risque santé est plus souvent mise en avant, et la couverture du risque prévoyance est moins développée.

Comme l'a dit Florence, c'est aussi et surtout un résultat de la régulation publique. L'accord national interprofessionnel de 2013 généralise la complémentaire d'entreprise à partir du 1^{er} janvier 2016, mais la prévoyance a été écartée de cette couverture obligatoire alors qu'elle faisait partie des débats en 2013. En pratique, cette généralisation de la complémentaire d'entreprise a eu certes des effets sur le fonctionnement du marché, mais on est passé de 4 % à 3,5 % de personnes sans couverture complémentaire, sans être certain que cette baisse soit réellement attribuable de manière causale à cette généralisation de la complémentaire d'entreprise.

Quelques années après, on a eu la réforme du 100 % santé avec le « reste à charge zéro » qui faisait partie du programme dans la campagne présidentielle. Celle-ci consiste à couvrir intégralement un petit risque : audiotrophèse, optique, dentaire. La politique publique déploie sa puissance de régulation pour couvrir à 100 % un petit risque, mais elle n'intervient pas sur un risque plus important tel que l'incapacité et l'invalidité, qui sont relativement mal couverts, comme on le verra dans la première Table ronde.

Le troisième type de régulation peut être aussi une forme d'occasion manquée. Il s'agit de la réforme en cours de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique. Une couverture obligatoire du risque de santé est prévue, mais celle du risque prévoyance serait facultative. Comme cette réforme est en cours, il est un peu trop tôt pour tirer les conclusions. Dans la fonction publique territoriale, il est probable qu'une partie prévoyance sera couverte, mais ce n'est pas garanti pour la fonction publique d'État et la fonction publique hospitalière. Là encore, on va obliger à couvrir le petit risque, tout en laissant de côté le risque plus important.

Cette introduction visait à justifier le titre de cette conférence « Couverture du risque prévoyance : comment l'améliorer ? ». Je n'ai pas de réponse à cette question. De mon point de vue, le chemin à suivre est cependant clair, il faut l'améliorer puisque, *a priori*, compte tenu des préférences vis-à-vis du risque, il n'est pas assez couvert.

La première Table ronde fera un état des lieux des constats et des enjeux autour de la couverture du risque prévoyance.

Merci d'avoir accepté d'intervenir à cette Table ronde. Anne-Sophie Ginon est professeur de droit à l'Université de Côte d'Azur. Pascal Lengagne est maître de recherche à l'Irdes, et Yvannie Caillé est présidente de Renaloo, une association de patients. ■

CARACTÉRISTIQUES DE L'OBJET PRÉVOYANCE

Anne-Sophie Ginon
Université Côte d'Azur

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2024/05/Diapo-AS-GINON.pdf>

Dresser un état des lieux juridique de la couverture prévoyance n'est pas chose aisée. Le droit applicable à cette couverture est en effet beaucoup plus réduit que celui applicable en matière de couverture « frais de santé ». On peut néanmoins relever l'originalité de l'objet prévoyance qui, en raison de la souplesse de la réglementation qui lui est applicable, est un objet construit très diversement par les partenaires sociaux. En effet, la couverture prévoyance a une forte assise conventionnelle, ce qui explique qu'il ne corresponde pas aujourd'hui à « un » objet mais plutôt à « des » objets. Il existe en effet une diversité de couvertures prévoyance. Enfin, c'est sa fonction dans le système de protection des salariés qui le conduit à dépendre très souvent du système légal de Sécurité sociale.

Source de la prévoyance

Le droit de la prévoyance est un marché, au même titre que la couverture « frais de santé ». Le déploiement d'une couverture « prévoyance » repose sur une démarche volontaire des négociateurs pour satisfaire des intérêts privés de couverture contre des risques portant atteinte à l'intégrité physique. Sa très grande originalité vient de sa construction qui s'opère au sein de l'entreprise, et donc de l'emploi, à la différence de la couverture santé qui s'est ajoutée au fil du temps, mais qui n'a jamais été au cœur de la couverture conventionnelle. Initialement en effet, la couverture prévoyance est constitutive d'un complément de salaire lorsque des risques lourds se réalisent. Ce lien avec le salaire est historique. Il explique tant la construction juridique du système que les règles qui régissent la conclusion de ce type d'accord, puisque la prévoyance a été imaginée à l'origine par la voie de l'accord collectif. Dans les grandes entreprises, lors des négociations qui se tenaient sur les salaires, employeur et organisations syndicales de salariés ont cherché à couvrir la perte de salaire lorsque des risques lourds se réalisaient. Les garanties de salaire et les mesures de prévoyance ont été imaginées par la voie de l'accord collectif, généralement au sein de grandes branches professionnelles ou de secteurs d'activités à forte sinistralité (on pense par exemple aux accords Renault). Les négociations collectives sur les salaires et les classifications professionnelles ont conduit certaines branches professionnelles à imaginer des dispositifs de protection des salariés contre la perte de salaire en lien avec l'exécution du contrat de travail (on parle de garanties de salaire). Les accords prévoyance ont mis en place des dispositifs de versement de l'entier salaire pendant l'interruption du travail liée à la maladie, à l'accident ou à la grossesse, ou encore des indemnités de départ. La prévoyance a donc été associée

à l'idée de « garanties sociales » au travail, et mise en place à partir des professions, ou des secteurs d'activité qui présentaient des sinistralités lourdes.

Cette couverture est néanmoins très innovante dans son contenu, car la négociation y est forte et dépend grandement des préoccupations exprimées par les salariés au moment de la négociation. Depuis 2016, avec la création d'une obligation de négocier en matière de frais de santé, la tendance s'est quasi-inversée, le législateur ayant fait le choix de donner sa préférence à la couverture collective « frais de santé ».

Les « objets » prévoyance

Ce sont très souvent les grandes branches professionnelles qui offrent des compléments de salaire en matière de prévoyance. Leur régime juridique est original, puisque ces couvertures sont construites par les partenaires sociaux, et relèvent donc de leur liberté de négocier. Le droit social leur offre ainsi la possibilité de configurer leur objet, de le dessiner à leur façon, et ainsi de l'adapter à leurs besoins. Le droit positif livre les règles procédurales applicables à la phase de négociation collective, mais le contenu de l'accord reste libre. Ces couvertures sont dès lors très diversifiées, puisqu'elles vont répondre à des besoins et exprimer des intérêts collectifs négociés.

Le régime juridique de la couverture prévoyance est ancré au sein des entreprises, des branches professionnelles et des accords nationaux. Par hypothèse, et même dans sa substance, la prévoyance est l'expression d'un « collectif » professionnel. C'est un intérêt du groupe qui s'exprime, et ce n'est que parce qu'un groupe est formé qu'il pourra se couvrir. En termes de prix, on le sait aussi, comme les risques sont lourds, la prévoyance n'est viable que pour des groupes. Il est difficile d'y souscrire à titre individuel.

Dans ses règles comme dans sa forme, la couverture prévoyance s'oppose donc sur beaucoup de points à la physionomie de la couverture du risque santé. Le droit social fait application des règles traditionnelles de la négociation collective, autorisant même la mise en place de régimes prévoyance par la voie du référendum ou de la décision unilatérale, puisque l'exercice de la liberté de négociation des partenaires sociaux reste à leur complète initiative. Aucune entreprise n'est obligée de se couvrir en matière de prévoyance.

Tant le processus conventionnel que l'état du droit applicable en matière de prévoyance sont très singuliers. À

la différence du secteur de la santé, la prévoyance n'a pas fait l'objet d'une réglementation avec des cahiers des charges, ni de volonté de normalisation de ses garanties. Quelques caractéristiques majeures caractérisent néanmoins les couvertures « prévoyance ». Ce sont des couvertures qui font très souvent l'objet d'un financement important par l'employeur, sans quoi il ne serait pas possible de couvrir correctement les salariés. Ce financement est généralement de plus de 55 %. Le plus souvent, ces accords emportent couverture du risque invalidité, incapacité de travail, et décès. À la marge, on peut trouver des rentes éducation, des rentes pour le conjoint, ou des aides pour la prise en charge d'un enfant en situation de handicap, ou encore des garanties pour couvrir les frais d'obsèques. Mais ces couvertures sont très souvent liées à celles offertes par le régime légal de Sécurité sociale, puisqu'elles viennent le compléter.

Prévoyance et Sécurité sociale

Les partenaires sociaux mettent en place des « compléments duplicatifs » du système légal de base. Les définitions des événements à couvrir s'appuient sur les définitions légales, et la liquidation des prestations prévoyance est très souvent adossée à une reconnaissance dans le système légal de Sécurité sociale.

Les prestations « prévoyance » sont des compléments assis sur les prestations de Sécurité sociale : on les désigne très souvent comme « compléments conventionnels d'indemnité légale ».

Les accords collectifs de prévoyance réceptionnent les catégories légales du droit de la Sécurité sociale, avec leurs avantages et leurs défauts. Le plus souvent, il faut donc qu'il y ait une reconnaissance de l'événement dans le système de Sécurité sociale pour que les indemnités ou les allocations conventionnelles puissent être mises en œuvre. Cette hybridité entre prévoyance et Sécurité sociale est consubstantielle à la couverture prévoyance en raison de la finalité même de la prévoyance : venir en complément du système légal. La mécanique du système est fortement duplicative : elle est adossée au système de Sécurité sociale et en reproduit toutes les caractéristiques, des conditions d'ouverture jusqu'à la délivrance des prestations. Plus on complexifie les catégories légales dans le système de base, plus les accords collectifs « prévoyance » reproduisent cette complexité et ont du mal à s'en détacher, puisque le but est d'apporter un « complément » par rapport à la prestation de base.

Il existe néanmoins des prestations envisagées comme des suppléments, qui sont beaucoup plus autonomes du système de Sécurité sociale. Certains contrats collectifs ont imaginé des protections qui n'existent pas dans les systèmes légaux, notamment pour la prise en charge du risque perte d'autonomie (même si aujourd'hui le législateur a la volonté de s'y intéresser). On peut même trouver des réceptions par le législateur de protections imaginées par les partenaires sociaux, telle la création du dispositif de l'aidant familial, ou encore le développement de prestations d'accompagnement et de prévention, qui s'inspire largement de garanties conventionnelles. ■

Pascale Lengagne

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Dans cette présentation, je vous propose d'aborder des éléments d'analyse de la couverture du risque prévoyance en France. Je me focaliserai ici sur la prévoyance collective d'entreprise, couvrant les salariés du secteur privé, en complément de l'indemnisation de base de la Sécurité sociale. Ces dispositifs collectifs d'entreprise reflètent une large part de l'ensemble de l'offre de contrats de prévoyance et se développent de façon dynamique depuis les dernières années.

La Sécurité sociale ne compense qu'une partie limitée des pertes de revenu du travail qui peuvent survenir en cas de maladie ou d'accident grave. Les caractéristiques et les évolutions de la prévoyance complémentaire doivent donc être regardées et analysées avec attention.

Il existe également une prévoyance individuelle, qui couvre notamment les travailleurs indépendants, et des dispositifs de prévoyance spécifiques qui couvrent les agents de la fonction publique. Dans la présentation d'aujourd'hui, je n'aborderai pas les questions (tout aussi

importantes) relatives à ces secteurs, afin de me concentrer sur le sujet de la prévoyance collective d'entreprise.

Je présenterai tout d'abord un cadrage à partir de données clés, sur les principaux risques – l'incapacité (les arrêts de travail pour maladie ou accident), l'invalidité et le décès –. Les chiffres soulignent l'importance de ces risques. Ensuite, j'aborderai la question du taux de couverture et du niveau des garanties, en pointant les situations qui apparaissent : l'absence de couverture pour une partie des salariés et, pour les salariés couverts, le caractère potentiellement très hétérogène des niveaux d'indemnisation. Partant de ces constats, j'aborderai la question des impacts que peuvent entraîner ces diverses situations.

Les risques en quelques chiffres :

- **Les arrêts maladie.** Les arrêts de travail indemnisés par la Sécurité sociale ouvrent droit à des compléments en prévoyance. Comme cela a été dit dans la précédente présentation, les dispositifs de prévoyance sont ados-

sés aux dispositifs de Sécurité sociale. Les salariés ont en moyenne 12 jours d'arrêt indemnisés pour maladie par an. Le nombre de jours d'arrêt est particulièrement élevé à partir de 45 ans – de l'ordre de 18 jours par an. Il existe par ailleurs d'importantes différences entre les salariés, selon leur catégorie professionnelle et leur contrat de travail. Par rapport aux salariés en CDI, les salariés en CDD ont beaucoup moins d'arrêts maladie, alors qu'ils apparaissent en moins bon état de santé, à âge égal. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet écart. Une explication peut être que ces salariés sont moins bien couverts, ce qui pourrait générer un moindre recours aux arrêts maladie et du présentéisme.

- **L'invalidité.** Le taux de transition des salariés vers l'invalidité, sur un horizon de cinq ans, est de l'ordre de 0,7 % en catégorie 1 et de 1,3 % en catégorie 2. Ces taux sont particulièrement élevés pour les salariés âgés de plus de 45 ans, atteignant jusqu'à 7 % à 10 % avant l'âge légal de départ à la retraite. Les troubles psychiques, les tumeurs malignes et les maladies cardiovasculaires sont les causes médicales principales de l'invalidité.
- **Le risque de décès des salariés.** Le taux de décès est d'un peu plus de 1 % sur un horizon de cinq années, sur une population de salariés âgés de 25 à 60 ans. Ce risque augmente fortement avec l'âge à partir de 45 ans. Cette hausse est plus particulièrement marquée pour les hommes, avec un taux de décès qui atteint environ 4 % à 55 ans.

Couverture et niveau d'indemnisation

Dans quelle mesure la prévoyance collective d'entreprise améliore-t-elle le niveau d'indemnisation de base de la Sécurité sociale ? Une première réponse à cette question est qu'il n'y a aucune amélioration pour une partie des salariés. Selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) réalisée en 2017, un quart des entreprises, employant 10 % des salariés, n'offrent pas de prévoyance collective à leurs salariés. Cette absence de couverture se concentre essentiellement dans les entreprises de moins de 100 salariés, principalement dans les petites entreprises. Au-delà de 100 salariés, 98 % des entreprises ont souscrit un contrat de prévoyance, la plupart de ces entreprises ayant un (ou plusieurs) contrat(s) de groupe couvrant l'ensemble des salariés, sans exclusion de catégories professionnelles.

L'absence de couverture prévoyance concerne aussi une partie des salariés ayant perdu leur emploi. La portabilité des droits, en vigueur depuis 2015, peut garantir une couverture pour les anciens salariés qui étaient couverts par une prévoyance collective d'entreprise. Mais la durée de cette portabilité est limitée à 12 mois après la perte d'emploi. Or, une partie des salariés entrent dans l'invalidité après avoir perdu leur emploi, après l'expiration de la période de portabilité, et ne peuvent donc pas bénéficier de leur ancienne couverture.

Quel est le niveau d'indemnisation des salariés couverts par une prévoyance collective d'entreprise ? Cette question demeure très peu documentée.

La répartition des dépenses globales d'indemnisation entre les dépenses d'indemnisation de la Sécurité sociale et celles des organismes complémentaires suggère que l'indemnisation de base de la Sécurité sociale représente la principale source d'indemnisation en cas d'invalidité. L'indemnisation des salariés en invalidité provient principalement de versements de la Sécurité sociale, à hauteur de 13 milliards d'euros pour l'année 2016 par exemple. Les versements des organismes complémentaires, principalement par les assureurs privés, étaient moindres, de l'ordre de 2,6 milliards d'euros en 2016.

Pour les salariés couverts par une prévoyance collective d'entreprise, les niveaux d'indemnisation peuvent être très variables entre les entreprises. Les dispositions prévues dans les conventions collectives nationales suggèrent en effet des disparités importantes. Une partie des conventions collectives imposent des niveaux d'indemnisation élevés, offrant des garanties généreuses aux salariés, alors que d'autres conventions collectives fixent des niveaux d'indemnisation conventionnels relativement faibles.

Quels impacts ?

Les risques couverts par la prévoyance touchent un nombre important de salariés au cours de leur trajectoire d'emploi. Des inégalités de couverture semblent se dessiner, avec d'une part une absence de prévoyance complémentaire pour une partie de la population – les salariés les plus précaires, en moins bon état de santé, qui en auraient le plus besoin –, et d'autre part des couvertures très généreuses pour une autre partie de la population – les salariés ayant un fort attachement à l'emploi.

L'absence de prévoyance complémentaire peut avoir des effets délétères sur les conditions de vie et sur la santé des individus. Les dispositifs d'indemnisation de la Sécurité sociale sont très importants pour contrer ces effets en l'absence de prévoyance complémentaire. Mais d'un autre côté, des couvertures trop généreuses ne sont pas non plus souhaitables. La littérature met en évidence les effets non désirables des systèmes d'indemnisation. Elle suggère notamment des effets importants en termes d'augmentation des arrêts maladie, une augmentation du nombre de bénéficiaires des dispositifs d'invalidité et un effet négatif sur la participation à l'emploi. Les couvertures d'entreprise offrant des garanties élevées peuvent générer une externalité fiscale importante, en entraînant une augmentation des dépenses d'indemnisation de Sécurité sociale.

Dans ce contexte, il pourrait être envisagé d'améliorer et d'encadrer les taux de remplacement de la prévoyance d'entreprise, afin de tendre vers une indemnisation plus homogène limitant les taux de remplacement trop élevés. Il s'agirait de développer dans le même temps

des mesures réduisant les risques pour les salariés, des mesures favorisant le retour au travail, et des mesures de lutte contre la désinsertion professionnelle qui touche les salariés en cas de maladie ou d'accident grave. Il s'agirait ainsi de s'inscrire dans une trajectoire d'amélioration de

la couverture pour les salariés peu couverts, de permettre des gains en termes d'emploi et de santé, et de réduire les dépenses d'indemnisation, les prélèvements obligatoires et le coût du travail. ■

Yvanie Caillé

Renaloo

Je représente Renaloo, une association de patients insuffisants rénaux, pour lesquels les enjeux de la prévoyance sont majeurs. En effet, les maladies rénales vont longtemps être silencieuses et parfaitement compatibles avec le maintien d'une activité professionnelle normale. Mais lorsqu'elles évoluent, lorsque les reins ne fonctionnent plus suffisamment pour assurer la survie et nécessitent des traitements de suppléance (la dialyse et la greffe rénale), le maintien dans l'emploi devient compliqué. Les arrêts de travail et les mises en invalidité sont nombreux. Il y a donc de forts enjeux autour de la protection sociale associée à ces questions.

Mon association réalise souvent des enquêtes auprès des patients. Il y a quelques années, nous avons fait une étude sur l'activité professionnelle des patients dialysés et greffés en âge de travailler en France. Un peu plus de 1 500 patients y ont répondu. On a constaté que seulement 18 % des patients dialysés entre 18 et 65 ans avaient une activité professionnelle, contre 82 % en population générale sur ces classes d'âge. Ce taux remontait à 52 % chez les patients greffés du rein. Ce n'est pas étonnant, parce que la dialyse est un traitement extrêmement contraignant. Il faut faire trois séances de quatre à cinq heures par semaine, en général à l'hôpital, aux horaires diurnes. Les séances de dialyse entrent directement en concurrence avec l'activité professionnelle, et il est extrêmement compliqué de concilier les deux. De plus, même en dehors des séances, l'état des personnes reste dégradé, il y a beaucoup de fatigue, d'effets indésirables. Le maintien du travail est donc souvent complexe.

Les impacts sont également majeurs en termes de ressources. Cette étude montrait que 66 % des patients dialysés et 44 % des patients greffés du rein en âge de travailler vivaient en dessous du seuil de pauvreté au moment de l'étude. Pourtant, par le passé, ces personnes avaient le plus souvent eu des parcours professionnels et des ressources plus importantes.

La question de la prévoyance est donc très aiguë. Une des grandes difficultés est que beaucoup de contrats nécessitent un questionnaire de santé avant l'adhésion. Schématiquement, c'est le cas pour les prévoyances proposées par beaucoup de moyennes entreprises, et quasiment toutes les petites. Ce n'est que dans des moyennes-

grandes entreprises que les contrats groupe collectifs n'ont pas de questionnaire de santé.

La même question se pose pour les indépendants, puisque les questionnaires de santé sont systématiques, et tous les risques préexistants refusés. Ici, on parle souvent de personnes qui sont malades depuis l'enfance ou leur jeunesse. Ils se retrouvent exclus de beaucoup de contrats de prévoyance. Cette situation est très complexe quand on se sait atteint d'une maladie chronique évolutive grave risquant d'occasionner des aléas dans la vie professionnelle. Cette situation d'insécurité peut avoir des conséquences cataclysmiques quand le risque est réalisé, puisque l'indemnisation par l'Assurance maladie des arrêts de travail longs est relativement faible et de durée limitée. Les compléments apportés par les entreprises s'arrêtent rapidement. Les pensions d'invalidité sont très faibles par rapport au niveau de revenu que les personnes avaient lorsqu'elles travaillaient. Le dispositif de prévoyance a une importance majeure dans ces situations-là. Et le fait qu'il soit souvent inaccessible en raison des questionnaires de santé est ressenti comme une injustice, une discrimination, pour des personnes qui mettent souvent un point d'honneur à maintenir leur activité professionnelle malgré la maladie, et qui sont fortement pénalisées.

Notre association de patients est très fréquemment saisie. On essaie d'apporter notre aide, et ce n'est pas toujours simple. Nous recommandons aux personnes atteintes de maladies rénales de sélectionner les entreprises dans lesquelles ils pourront bénéficier d'un contrat de prévoyance adapté. En effet, ce serait trop grave de se retrouver quelques années plus tard avec des pertes de revenus aussi importantes qui les mettraient dans de grandes difficultés. On essaie donc de décourager les personnes d'avoir des activités indépendantes. Tout récemment, on a été confronté à une jeune femme qui venait d'être diplômée en médecine. Au moment de s'installer en libéral, elle ne trouvait pas du tout de contrat pour la couvrir. Dans son contexte, la prévoyance était une condition pour qu'elle puisse exercer son métier. Or, elle a été refusée.

Ces situations difficiles illustrent les progrès importants qui devraient être faits pour que le système génère moins d'exclusion, à l'heure où le retour et le maintien dans

l'emploi des personnes atteintes de maladies chroniques sont considérés comme des priorités.

Enfin, nous accompagnons également des personnes qui ont pu bénéficier d'une prévoyance, et qui sont donc en situation de toucher des pensions d'invalidité complétées par des rentes de prévoyance. Récemment, un élément a fait beaucoup réagir ces personnes. Leurs pensions d'invalidité ont été augmentées de façon spécifique pour couvrir l'inflation et elles ont constaté que leur rente de

prévoyance était diminuée d'autant. Finalement, l'argent supplémentaire apporté par l'État pour améliorer leurs ressources face à l'inflation a profité, non pas aux personnes invalides, mais aux assureurs qui ont diminué d'autant les rentes de prévoyance. Comme on est dans un système contractuel, les contrats prévoient que l'ensemble « pension d'invalidité + prévoyance » doit être maintenu à un certain niveau, mais ne peut pas le dépasser. Ces fonctionnements particuliers suscitent une certaine incompréhension de la part des bénéficiaires. ■

TABLE RONDE 1 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modérateur : Denis Raynaud

*Directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé
(Irdes)*

Denis Raynaud : J'ai quelques questions et on prendra aussi celles de la salle. Par rapport à ce qui a été dit, on voit bien que les textes juridiques et l'organisation du marché sont prévus pour de la prévoyance collective, c'est ce que tu as dit Anne Sophie. Pour l'accès à un niveau de couverture il faut être salarié, et Yvanie nous dit même qu'il faut être salarié mais pas n'importe où, il y a moins de protection dans les petites entreprises. Il vaut mieux être salarié dans une entreprise de taille importante. On a donc l'impression qu'il y a une partie de la population qui est un peu laissée de côté, parce que tout le monde n'est pas salarié, ou tout le monde n'est pas salarié dans les grandes entreprises. Et j'allais dire que même en termes de dispositifs d'observation, Pascale a évoqué l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'Irdes, l'enquête qu'on va faire en 2025 auprès des entreprises, auprès des salariés, on a bien identifié qu'il fallait aussi interroger d'autres champs de population (indépendants, fonctionnaires...) mais c'est coûteux de faire des enquêtes, il faut des moyens. On le fera j'espère, mais après l'enquête auprès des entreprises.

La question que je pose est celle-ci : qu'est-ce que vous pouvez dire sur ceux qui ne sont pas salariés ? Que dit la réglementation sur la couverture prévoyance des indépendants ? Est-ce qu'ils sont obligés d'aller sur le marché individuel ? Aujourd'hui, je l'avais évoqué rapidement en introduction, il y a aussi la réforme prochaine de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires, la prévoyance sera facultative *a priori*, c'est à dire que ce n'est quand même pas gagné que ce soit largement couvert. Comment font les fonctionnaires aujourd'hui, et comment est-ce qu'ils feront demain pour être couverts ? Aujourd'hui les fonctionnaires – de ce que j'ai lu – ont en fait une assez mauvaise connaissance de leur niveau de couverture, ils confondent un peu la protection de leur contrat de travail lié au statut de fonctionnaire avec la protection des risques de santé. S'ils deviennent inaptes, ils peuvent quand même avoir de gros problèmes, le sta-

tut de fonctionnaire ne protège pas contre l'incapacité au travail. Je voulais vous faire réagir sur les indépendants, les fonctionnaires et tous ceux qui ne sont pas salariés. Avez-vous des éléments ?

Anne-Sophie Ginon : En fait, la prévoyance est associée au salaire, donc elle n'a pas été pensée pour une autre forme de travail : la prévoyance collective a été imaginée dans le contrat de travail, pour le salarié subordonné. Elle est au cœur du lien de subordination juridique et constitue un substitut ou un complément de salaire quand un événement grave se réalise. Cela a été construit comme tel, et le déplacer est difficile à imaginer aujourd'hui, c'est même très compliqué. Les couvertures décès, invalidité, ou incapacité ont dans leur ADN l'idée de compenser du salaire ou de compléter du salaire, et non de dispenser une couverture de Sécurité sociale universelle. La question de « saisir » et de couvrir toute la population est une problématique propre à la Sécurité sociale, qui n'a rien en commun avec la couverture prévoyance d'entreprise.

Cela étant, on peut toujours rêver d'une règle qui normaliserait les couvertures prévoyance, qui mettrait en place un cahier des charges et la rendrait obligatoire. Mais vu ce que cela donne en santé, je doute qu'il faille faire le choix d'opter pour le même type de réglementation dans le domaine de la prévoyance. Je ne suis pas sûre qu'on soit parvenu à de « l'égalité » en matière de frais de santé grâce à l'adoption des cahiers des charges, au contraire même. La prévoyance est un élément d'attractivité de l'entreprise. C'est normal qu'elle soit choisie au sein de l'entreprise puisqu'elle a été imaginée pour cela : la prévoyance fait partie du statut social du salarié. Outre son salaire, le salarié dispose d'une couverture prévoyance, et ce parce qu'il conclut un contrat de travail dans telle ou telle entreprise. On peut bien évidemment toujours imaginer changer la façon dont est construit juridiquement l'objet, mais pour l'instant, les textes lui ont assigné cette fonction.

Denis Raynaud : Est-ce qu'on peut donc dire que c'est autant un élément de rémunération qui participe à l'attractivité, qu'un élément de protection contre un risque social ? Ce qui peut expliquer d'ailleurs qu'il y a quand même un élément de prévoyance obligatoire, c'est le 1,5 % pour les cadres. Il est justement également construit comme un élément qui vise à favoriser l'attractivité.

Anne-Sophie Ginon : En fait, si on le règlemente comme dans le secteur de la couverture frais de santé, on le sort de la logique salariale. C'est un choix qu'on a dans le champ des possibles, mais on sort de la logique du droit social. L'accord national étant supplétif, dans les accords de branche ils peuvent très bien faire autrement que 1,5 depuis les ordonnances Macron. De mon côté, je n'ai pas d'avis sur ce qu'il faudrait faire.

Denis Raynaud : C'est la deuxième Table ronde.

Florence Jusot : Connaissez-vous l'origine de ce 1,5 % uniquement pour les cadres ? Parce que j'entends bien que ça a été historiquement construit comme dans le package d'un salarié d'une entreprise, mais quelque part ça donne quand même lieu à une forme d'exonération de l'employeur. Ça coûte moins cher que le salaire parce que, comme tous les avantages en nature, il ne donne pas lieu à la même fiscalité. Donc, c'est quelque chose qui est au bénéfice du salarié, mais également au bénéfice de l'employeur, au sens où ça coûte moins cher d'offrir cette prévoyance que d'offrir du salaire qui permettrait aux salariés d'aller se couvrir sur le marché privé.

Ça ouvre évidemment l'avantage additionnel que la négociation de certains employeurs avec les assureurs et les instituts de prévoyance est meilleure que celle qu'obtiendrait un salarié en individuel qui cherche à se couvrir sur le marché individuel.

Mais historiquement, pourquoi cette prévoyance était-elle obligatoire pour les cadres ? Je ne comprends pas très bien. Parce qu'on pourrait croire au contraire que, dans une logique de protection face à un risque social majeur, les personnes à couvrir en premier lieu sont les personnes les plus modestes, elles sont les plus myopes, et elles ont le moins de chances de mettre de l'argent de côté.

Anne-Sophie Ginon : Ce sont les cadres qui ont construit ce système par la voie de la négociation collective, comme ils ont construit une retraite complémentaire cadre et une retraite complémentaire non-cadre. C'est un système adossé à leur statut. Ce n'est pas du tout une logique de couverture sociale.

Florence Jusot : D'accord, donc en même temps que la retraite complémentaire, on a dit qu'on fait la prévoyance, et on ne la négocie que pour les cadres.

Anne-Sophie Ginon : Oui, on a fait des accords-cadres.

Florence Jusot : Oui, entre eux, les cadres ont décidé ça. Mais pourquoi on n'a jamais discuté de la pré-

voyance dans les accords historiques du reste de la population salariée pour le moins ?

Anne-Sophie Ginon : Là, vous avez moins à investir. Il faut quand même qu'il y ait des cotisations salariales aussi, il faut que vos salariés non-cadres aient de l'argent à donner tous les mois pour investir le coût de cette couverture collective. Historiquement, en 1947 quand ils ont créé les accords, ils n'avaient pas assez d'épargne.

Florence Jusot : Oui, mais avec le temps, on aurait pu apporter des modifications.

Anne-Sophie Ginon : Le système est adossé au système Sécurité sociale, plus le différentiel est fort, plus les couvertures collectives vont se développer. Il l'est encore pour les cadres, ce qui explique le système conventionnel. Plus vous avez une couverture « basse » dans le système de Sécurité sociale par rapport à vos revenus de remplacement, plus les entreprises cherchent des couvertures complémentaires. Les cadres en sont l'exemple type. C'est exactement le même raisonnement pour le système de retraite complémentaire.

Denis Raynaud : J'ai une autre question, mais peut-être qu'on va laisser parler la salle avant que je la pose.

Une intervenante dans la salle : Quand vous présentez les choses comme un argument d'attractivité, finalement, de ce que j'en sais, il y a quand même assez peu de connaissance des salariés et des cadres des avantages de la prévoyance. Ce n'est pas du tout un élément qui est extrêmement connu. Moi, je n'ai pas l'impression que ce soit réellement – en tout cas de la place du salarié – un élément d'attractivité, et que ça soit quelque chose qu'il va chercher dans les arguments quand il cherche un emploi, de savoir s'il y a une bonne prévoyance ou pas. Ce n'est pas forcément l'argument qui arrive en premier. J'ai plutôt l'impression qu'il y a une méconnaissance assez massive aussi des contrats des garanties de prévoyance.

Anne-Sophie Ginon : Dans certaines négociations, lors de la conclusion d'un contrat de travail, la couverture prévoyance est un élément d'information qui participe de la rémunération indirecte dont peut bénéficier le salarié. Cette information fait partie de la négociation des éléments du contrat de travail.

Denis Raynaud : Merci pour les précisions, je reboucle avec la petite introduction que j'ai tenté tout à l'heure : 96 % de personnes couvertes sur la complémentaire santé d'un côté avec une régulation, il y a les contrats responsables qui obligent à ce qu'il y ait un reste à charge zéro sur les petites dépenses. Et à l'inverse, il n'y a pas de volonté de réguler sur des risques qui sont couverts au mieux à 50 % sur les populations qui ne sont pas des populations qui peuvent accéder à des contrats d'entreprise. Là on voit bien qu'on a un énorme trou dans la raquette. On est en train de parler de l'intervention après la Sécurité sociale, mais comme ça a été dit, les pensions d'invalidité ou les indemnités versées par la Sécurité

Table ronde 1

Procès-verbal des questions/réponses

sociale sont quand même plafonnées à un niveau assez bas. Ça laisse un risque à couvrir énorme en fait. Je questionne vraiment la cohérence de surinvestir sur la complémentaire santé, et de laisser béant ces trous dans la raquette de la protection sociale. Je trouve que c'est vraiment un impensé.

Je sais qu'on en parlera aussi dans la deuxième Table ronde, mais à l'occasion de cette première Table ronde j'avais aussi invité l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM). Finalement, ils n'étaient pas disponibles. Je vais néanmoins essayer de dire en deux minutes ce que l'UIMM aurait pu dire. Parmi les 50 plus grosses branches de salariés, c'est la plus grosse, il y a 1,6 millions de personnes salariées couvertes. Depuis le 1^{er} janvier 2023, il existe une couverture prévoyance obligatoire dans le cadre d'un régime de branche qui laisse aussi un espace pour un troisième étage facultatif. C'est quelque chose qui a été mis en place au niveau de l'UIMM à l'issue d'une négociation sociale. Premièrement, ça répond à la question d'étendre la couverture à l'ensemble des salariés. Deuxièmement, ça permet de normaliser le niveau de garantie, puisque sinon on a vu que c'est la liberté contractuelle, et donc ça peut être des choses très différentes d'une entreprise à l'autre. Troisièmement, la dimension couverture obligatoire est une réponse au problème d'accès à l'assurance, notamment dans les petites entreprises qui peuvent bénéficier de la mutualisation au niveau de la branche. Dernier point qui me semble aussi intéressant dans cet accord UIMM, c'est un accord de branche qui couvre l'ensemble des salariés. Pour financer cet accord, pour que les syndicats de salariés et les syndicats patronaux s'entendent, il y avait évidemment la question du financement. Là, j'avoue que je touche les limites de mes compétences juridiques, mais j'ai entendu qu'on pouvait déroger au 1,5 % pour les cadres. C'est ce qu'ils ont fait, puisqu'au lieu d'avoir une cotisation de 1,5 % qui ne concernerait que la prévoyance des cadres, c'est 1 % mais pour tous les salariés.

Comme on est dans cette première Table ronde sur les constats de ce qui existe aujourd'hui, je trouvais que ça pouvait être intéressant de porter à la connaissance de tous cet accord original qui est le premier à ma connaissance. Ça peut être un exemple à suivre, et je pense qu'on en discutera dans la deuxième Table ronde.

Je ne sais pas s'il y en a qui veulent réagir sur cette base-là, ou poser d'autres questions ?

Florence Jusot : La prévoyance obligatoire pour les cadres concerne finalement la partie de la population qui est la moins risquée. Compte tenu des inégalités sociales de santé que l'on connaît, inégalités face au décès, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de malades chroniques parmi les cadres, et qu'il n'y a pas de décès prématurés parmi les cadres, ce n'est pas ce que je suis en train de dire, mais les différences de mortalité prématurées sont flagrantes. Et on est bien d'accord que les cadres, c'est strictement la partie de la population qui a le risque de décès le plus faible de toutes les populations, et le risque

d'être en incapacité de travailler la plus faible de toutes les populations, puisqu'il y a une sélection absolument forte à l'entrée sur l'emploi. Donc on est encore sur un droit qui protège. J'entends bien que c'est un complément, c'est vu comme associé au salaire, et j'entends bien que ça a du sens pour les personnes qui travaillent. Mais cela n'enlève pas la question des conditions de vie des personnes qui se retrouvent en incapacité de travailler, parce qu'elles ne sont plus en emploi, parce qu'elles sont malades et qu'elles se retrouvent au RSA, ou dans des conditions de vie difficiles, voire inacceptables, en tout cas en difficulté par rapport à leur état de santé.

Quel serait le risque finalement ? Pour les personnes qui gèrent la prévoyance, soit on étend, et dans ce cas-là on fait rentrer dans le processus des gens beaucoup plus risqués, soit on supprime les négociations qui existent, et là se réorganise une prévoyance libre sur le marché, qui deviendrait plus concurrentielle mais avec moins de « sélection garantie » pour les assureurs. Quel serait vraiment le risque ? Il est à mon avis essentiellement pour les instituts de prévoyance et les assureurs. Si on supprimait totalement la prévoyance pour les cadres, il y aurait un marché qui s'organiserait pour la prévoyance.

Les enquêtes ont montré que les cadres étaient les personnes qui avaient le moins de pertes de revenus. Ceux qui subissent le plus de pertes de revenus sont les ouvriers, parce que même s'ils ont moins à perdre en montant, ils ont à perdre. Et comme ils sont sur des revenus extrêmement bas, ils se retrouvent en situation de très grande difficulté. Par ailleurs ils sont plus souvent locataires et non propriétaires. Donc, ils ne bénéficient pas des protections pour les propriétaires accédants qui peuvent reporter ou annuler des emprunts bancaires pour leur logement, parce qu'on ne suspend pas son loyer pendant la maladie.

Denis Raynaud : J'avais une autre question Pascale. Tu as évoqué la question de la participation au marché du travail dans les effets potentiellement indésirables. Il me semble qu'au moment où tu l'as indiqué, c'était une remarque un peu générique, peut-être pour dire qu'il faut voir quels sont les effets potentiellement indésirables des indemnités qui, si elles sont trop généreuses, peuvent aussi désinciter à participer au marché du travail. Tu citais des travaux étrangers qui disaient que plus le niveau d'indemnisation est élevé moins il y avait de participation au marché du travail. Je sais bien qu'il y a beaucoup de littérature. La question que je pose est peut-être un peu à l'envers : est-ce qu'il n'y a pas aussi des effets indésirables dans l'autre sens, justement par un manque d'articulation entre la Sécurité sociale et les assurances privées, et la complémentarité entre la Sécurité sociale et les assurances privées ? Tout à l'heure, on évoquait les revalorisations des pensions d'invalidité qui ont été compensées par une diminution des prestations de prévoyance complémentaire. Typiquement, c'est un impensé de l'articulation entre l'assurance publique et l'assurance privée. Donc, est-ce qu'il n'y a pas des situations où les personnes voudraient continuer à travailler à

temps partiel, mais compte tenu de la mauvaise articulation entre assurance publique et assurance privée, finalement elles trouvent meilleur compte à moins travailler. Je pose la question à tout le monde, peut-être qu'Yvanie aura des choses à dire.

Yvanie Caillé : Quelques mots sur ce dispositif qui a été adopté en 2022 pour favoriser le maintien dans l'emploi des personnes en invalidité. L'application de la réforme du cumul entre pension d'invalidité et revenus professionnels a entraîné la réduction, voire la suspension, du versement de la pension d'invalidité pour certains bénéficiaires, dont le montant salaire + pension d'invalidité dépasse un certain plafond. Les personnes pénalisées par ce dispositif voient non seulement leur pension d'invalidité suspendue, mais perdent aussi fréquemment leur rente de prévoyance, et parfois la prise en charge de leurs remboursements de crédit immobilier.

Effectivement, c'est un dispositif pour lequel ces effets pervers ont été complètement impensés, mais qui touchent quand même plusieurs milliers de personnes, qui avaient maintenu une activité professionnelle avec leur invalidité. Cette situation conduit à ce qu'elles soient très incitées à arrêter leur activité professionnelle pour toucher leur pension, toucher leur prévoyance. C'est un vrai sujet.

Pascale Lengagne : Je partage ce que vous venez de dire tous les deux.

Vous évoquiez les effets pervers de la mauvaise articulation entre le système d'assurance privée et assurance publique en lien avec la réforme de l'invalidité qui a été votée. Cela concerne plusieurs milliers de personnes. Il y a eu un décret correctif mis en place à la suite des demandes et des discussions.

Mais il faut rappeler que, dans la grande majorité des cas, les personnes en invalidité sont plutôt des personnes

qui n'atteignent pas les plafonds, et qui ne vont pas pouvoir faire de cumul pension d'invalidité travail, notamment parce qu'elles passent très souvent dans l'invalidité de catégorie 2, c'est-à-dire la catégorie d'invalidité pour laquelle il a été statué que la personne n'a pas la capacité de travailler. Dans les faits, parmi ces personnes, certaines sont susceptibles de travailler modérément et perçoivent un peu de salaire. Elles ont des niveaux de pension faibles, parce que leur salaire de départ, avant l'invalidité, était déjà bas. Ce sont très souvent des non-cadres.

Denis Raynaud : Merci Pascale. On retient qu'il faut voir aussi que cette réforme récente a eu quand même majoritairement des effets positifs sur ceux qui avaient des faibles pensions et qui les cumulaient avec des revenus du travail, même si cela illustre aussi la complexité du système et la difficulté de l'articulation entre assurance publique et assurance privée.

Denis Raynaud : Le dernier mot à la présidente.

Florence Jusot : On n'en a pas du tout parlé, mais c'est peut-être dans le cadre de la seconde Table ronde. Les cas de réversion en cas de décès survenu pendant que la personne travaille ou après, quand la personne était bénéficiaire d'invalidité avec un complément de prévoyance, avec une modification des configurations familiales (l'augmentation des divorces, le PACS...), le fait que ça ne donne pas nécessairement les mêmes droits... Là aussi il me semble qu'il y a une hétérogénéité de situations depuis 1947 qui fait que certaines personnes se retrouvent dans des situations compliquées, qu'elles n'avaient pas pensées.

Denis Raynaud : On arrive au terme de notre première Table ronde. Je tiens à remercier tous les participants de la Table ronde, et merci pour les discussions. ■

REGARD JURIDIQUE SUR LES PROPOSITIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT HCAAM

Marion Del Sol
Université de Rennes

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2024/05/Diapo-M-DEL-SOL.pdf>

Revenons sur les propositions figurant dans le rapport du HCAAM. Celui-ci concernait principalement l'articulation entre l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire. Cependant, il avait été jugé important de faire un focus sur la question de la prévoyance, en partie liée à celle de la couverture santé.

Tout d'abord, je poserai **les objectifs à l'origine de ces propositions**. L'objectif général est d'encourager le développement de la prévoyance, de redimensionner la couverture prévoyance. On a déjà évoqué la difficulté à en savoir la réalité, mais tout le monde est d'accord sur le fait qu'il y a des manques par rapport aux enjeux que représente la protection contre les risques lourds tels que l'invalidité ou le décès. Cependant, il était difficile d'envisager d'intégrer l'ensemble de la population dans la réflexion. Les propositions se sont donc concentrées sur les salariés, avec le parti pris de s'interroger sur ce redimensionnement *via* le niveau de la branche. C'est en effet un niveau historiquement très important pour le développement de la prévoyance et assez pertinent au regard des besoins de prévoyance, qui sont en grande partie corrélés au secteur d'activité ou au métier, à la sinistralité et à la pénibilité à l'intérieur des secteurs. C'est *a priori* le niveau le plus adapté pour réfléchir à une meilleure articulation entre prévoyance et prévention.

Ensuite, des objectifs plus ciblés en perspective des constats présentés dans la première Table ronde : améliorer la couverture prévoyance des salariés les plus exposés aux risques, corriger les inégalités de couverture – qui est très dépendante de la taille de l'entreprise, du secteur d'activité et de la catégorie professionnelle – et rendre plus accessible le marché de la prévoyance pour les entreprises.

Enfin, il est important de souligner que le rapport du Hcaam propose le maintien de la liberté conventionnelle de construction, en quelque sorte à rebours de l'hyper réglementation du champ de la couverture santé, tout en insistant sur les enjeux de lisibilité et d'effectivité des garanties dans un champ où la logique contractuelle est omniprésente (sur la lisibilité des contrats de prévoyance, voir l'avis très pédagogique du comité consultatif du secteur financier de janvier 2024). Le rapport propose de mobiliser deux types de mécanisme : des mécanismes d'impulsion et des mécanismes de mutualisation.

Mécanisme d'impulsion

Le rapport Hcaam propose de rendre obligatoire la négociation au niveau de la branche sur le volet prévoyance. Il s'agit là d'un mécanisme juridique très classique, le droit du travail connaissant de nombreuses obligations thématiques de négociier, au niveau de l'entreprise ou de la branche. Cependant, ce mécanisme classique est sans doute insuffisant pour parvenir à l'objectif de redimensionnement si on ne l'assortit pas de quelques compléments. En effet, dans notre système, l'obligation de négocier n'est pas une obligation de conclure. Elle ne permet donc pas de parvenir à l'ambition de redimensionnement substantiel.

Dans les propositions du Hcaam, cette obligation est présentée avec deux compléments.

L'un vise à orienter la négociation sur les situations de santé les plus lourdes de conséquences pour les salariés qui y sont confrontés, notamment en termes de pertes de revenus et de maintien en emploi. Ici, l'idée était d'orienter la négociation sur un type de risque ou une catégorie de situation invalidante méritant une attention plus particulière des négociateurs, particulièrement dans la perspective de maintien en emploi. Cela peut faire écho aux évolutions en droit du travail avec la loi du 2 août 2021 sur la prévention en santé, notamment aux dispositions qui investissent les services de santé et prévention au travail de missions dites de santé publique visant à participer davantage au maintien en emploi. On pourrait peut-être envisager une forme d'articulation entre la prévoyance et le champ de la santé au travail, afin de permettre des parcours de maintien en emploi pour les personnes fragilisées par leur situation de santé et/ou de handicap.

Le second complément, non exclusif du premier, prendrait la forme d'une obligation subsidiaire de financement à la charge des employeurs, dans les entreprises dont les branches n'ont pas réussi à trouver d'accord permettant le déploiement de la prévoyance pour l'ensemble des salariés. Au-delà de la question du niveau de ce financement, la mise en œuvre de cette obligation soulève la question de l'accès au marché de certaines entreprises ayant des salariés avec des risques d'un état de santé dégradé, des petites entreprises n'ayant peut-être pas la capacité de négociation d'un contrat collectif auprès d'un assureur. Il s'agit donc là d'une sorte de complément par défaut qui, en creux, pose la question de la mutualisation des risques.

Mécanisme de mutualisation

Au-delà des mécanismes d'impulsion, le rapport du Hcaam pose la question essentielle de la mutualisation en matière de prévoyance. Cela va m'amener à redéterminer la hache de guerre des clauses de désignation qui ont partie liée avec l'obligation de négocier au niveau de la branche.

Il est intéressant de revenir à l'avis rendu par l'Autorité de la concurrence en mars 2013, donc en amont de la décision du Conseil constitutionnel qui a invalidé les clauses de désignation à l'occasion de la loi dite de généralisation de la complémentaire santé. Dans cet avis, l'Autorité de la concurrence insiste sur les vertus de la mutualisation pour accéder à des couvertures sur la base de tarifs collectifs, *a priori* plus favorables à garanties équivalentes que ceux que l'on peut obtenir à titre individuel ou avec des groupes plus resserrés. L'intérêt est aussi de permettre que toutes les entreprises, y compris celles dont la sinistralité peut être dégradée, puissent accéder à cette mutualisation et *in fine* à des couvertures satisfaisantes.

Cette mutualisation est donc complètement indispensable par rapport aux enjeux de redimensionnement de la prévoyance. Il s'agit de risques lourds dont la réalisation emporte le versement de prestations souvent d'un montant élevé, et pour des durées parfois longues. On n'est pas du tout dans la même configuration que pour le risque santé.

Des outils juridiques sont nécessaires pour organiser cette mutualisation. Dans le rapport Hcaam, deux propositions sont envisagées.

La première est le retour des clauses de désignation en matière de prévoyance, et seulement de prévoyance, qui permettraient à l'assureur d'avoir toutes les entreprises de la branche en portefeuille. Sur un plan strictement juri-

dique, de mon point de vue, la porte est restée entrouverte avec la décision du Conseil constitutionnel qui a remis en cause les clauses de désignations, mais essentiellement dans le cadre d'une loi portant sur la santé. La décision soulignait que l'atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle était disproportionnée par rapport aux besoins de mutualisation des risques. Si on remplace « santé » par « prévoyance », on pourrait considérer que l'atteinte ne serait pas nécessairement disproportionnée au regard des objectifs de mutualisation de risques, qui ne sont pas de même nature ni n'ont les mêmes caractéristiques qu'en santé.

L'autre outil, essayé par le législateur en fin 2023, consisterait en un cadre juridique des clauses de recommandation. En quelque sorte, c'est la solution par défaut. L'objectif serait d'inciter les entreprises d'une branche qui a négocié à aller naturellement vers l'assureur recommandé pour bénéficier du tarif collectif. En 2023, le législateur avait imaginé un différentiel dans le taux du forfait social applicable aux entreprises. Il était proposé un taux de 8 % pour les entreprises optant pour l'assureur recommandé, et de 20 % pour les autres. Le Conseil constitutionnel avait considéré que le différentiel était trop important et emportait une rupture d'égalité devant les charges publiques. On pourrait imaginer un écart moins significatif.

Pour autant, ce n'est pas la solution idéale. Les chiffres du CTIP sur les accords étudiés en 2024 montrent en effet qu'en matière de prévoyance, peu d'accords de branche contiennent une clause de recommandation. Pour un grand nombre de branches, notamment les plus importantes en effectif, les interlocuteurs sociaux n'ont pas organisé d'espace de mutualisation.

La question des inégalités d'accès à une couverture prévoyance pour certaines entreprises et leurs salariés est par conséquent toujours posée. ■

Féreuse Aziza France Asso Santé

France Asso Santé est l'union nationale des associations agréées des usagers du système de santé créée par la loi Santé 2016. Elle regroupe des associations ayant un agrément en santé.

Notre regard sur la prévoyance à travers le prisme du vécu des patients est donc un peu différent. La plupart du temps, les personnes qui nous contactent sur le sujet de la prévoyance ont des problématiques de santé, un handicap par exemple. Elles sont confrontées à ces difficultés-là. D'ailleurs, on a publié tout récemment un livret qui s'intitule *Travailleurs malades, en situation de handicap et aidants : une protection sociale défailante*. Ce n'est pas une analyse statistique avec des éléments tirés de différentes études, mais on met en avant le vécu, la situation dont parle la personne. À travers ces histoires,

on montre les difficultés que cela représente. On ne parle pas que de la prévoyance, mais aussi de l'ensemble des dispositifs de protection sociale des travailleurs.

Avant de regarder la prévoyance en tant que telle, on pense qu'il y a un sujet à considérer au préalable. On a **la vision du parcours en emploi de la personne**. On ne peut pas prendre un problème isolément d'un autre. Il faut regarder comment on en arrive à être concerné par la prévoyance à un moment donné. Ce parcours en emploi est souvent fait d'un arrêt maladie, d'une pension d'invalidité éventuellement. On constate que ce parcours-là n'est pas pris en tant que tel de manière globale. Dans ce livret, on met en avant toutes les dispositions complètement inadaptées existant au niveau de la Sécurité sociale, par exemple pour les indemnités journalières maladie.

Pour les malades chroniques, on les appelle les IJ ALD. Certaines problématiques font qu'on peut être précipité vers une pension d'invalidité, alors qu'on n'est pas du tout amené à réduire son activité professionnelle dans sa carrière, ou à être dans cette situation. Mais ce sont les périodes de droits trop rigides qui précipitent vers ce régime.

Analysons et regardons donc ce qui ne va pas, ce qui est inadapté, et pourquoi les personnes se retrouvent dans des statuts ne correspondant pas du tout à leur projet professionnel, ni à leur état de santé. En amont, on veut regarder toutes ces prestations de Sécurité sociale qui ne vont pas et peuvent parfois précipiter vers l'exclusion.

Prenons l'exemple de la pension d'invalidité. Effectivement, il y a un vrai souci quand ce type de disposition-là est mis en œuvre et qu'elle vous désincite à continuer à travailler dans certaines situations. En plus, cela représente un manque à gagner pour la Sécurité sociale, parce que ce sont des cotisations en moins.

Puisque la prévoyance est versée comme un complément des prestations de la Sécurité sociale, une question se pose : **à partir du moment où on est sur un contrat privé avec des cotisations, faut-il forcément avoir une prestation de Sécurité sociale pour avoir une prestation de prévoyance ?** Il en va de même pour la portabilité. Quand on n'est plus en emploi, il faut avoir le versement du chômage pour recevoir la prestation. C'est complètement inadapté. Par exemple, beaucoup de personnes se retrouvent en arrêt maladie, alors qu'elles sont éligibles aux allocations chômage. Mais comme elles ne sont pas versées du fait de l'arrêt maladie, elles se retrouvent exclues du bénéfice de la partie complémentaire. Il nous semble qu'une réflexion devrait être menée sur ce sujet.

Ayons une vision plus globale. Soit on considère que c'est complémentaire, et on le prend comme tel avec un minimum de réglementation au niveau prévoyance Sécurité sociale. Soit on le voit comme quelque chose de complètement séparé, et dans ce cas-là il n'y a pas de raison de les lier l'un à l'autre. Dès lors que l'on paye une cotisation et que l'on a un contrat, il n'y a pas de raison de ne pas se voir verser la prestation pour laquelle on cotise.

Dans la première Table ronde, la question des contrats individuels a été évoquée. Pour nous, c'est un vrai sujet, même si ce n'est pas forcément le cœur. Effectivement, des dispositifs existent, la loi Madelin par exemple. Mais pour en bénéficier, encore faut-il pouvoir accéder à une prévoyance. Les personnes qui en ont réellement besoin sont complètement exclues. On peut se dire que ce n'est pas farfelu d'imaginer une réglementation avec un contrat de base socle, et des dispositions excluant tout questionnaire médical pour les indépendants, ou qu'il y ait une possibilité. Dans le cadre de la complémentaire santé, on a vu par exemple que la Sécurité sociale pouvait aussi gérer des contrats de complémentaires. La Complémentaire santé solidaire existe. C'est un autre type de contrat, mais par le biais de la Sécurité sociale on pourrait imaginer quelque chose pour les personnes en contrat individuel, une gestion pour ce type de personnes exclues de ces contrats collectifs. C'est une vraie problématique et un vrai enjeu au niveau des personnes malades qui en ont le plus besoin.

Évidemment, on est tout à fait favorable à ce qu'il y ait une généralisation au niveau des contrats collectifs. Pour nous, il n'y a pas de raison qu'il n'y ait que les cadres qui soient les « plus favorisés », alors qu'ils sont les moins à risque d'avoir besoin de ce type de prévoyance. Avant toute chose, **on souhaite qu'il y ait une analyse des parcours en emploi.** Par exemple, certaines données de Sécurité sociale peuvent nous aider à déterminer les parcours types sur certaines situations. Des personnes cumulent des contrats précaires, et elles sont aussi souvent exclues d'un contrat de complémentaire et de prévoyance. Il faut pouvoir prévoir une solution de couverture. Par où va-t-elle passer ? Serait-ce exclusivement un contrat de prévoyance sans Sécurité sociale ? Ou faut-il améliorer à la base les prestations de Sécurité sociale sur ce sujet ?

On est assez favorable à ce qu'il y ait déjà une amélioration des prestations de Sécurité sociale sur la couverture de ces risques-là. On a mentionné le fait que la prévoyance a été construite sur une notion d'attractivité. Mais pour nous, ces risques semblent relever de la Sécurité sociale et devraient être vus et pris en compte comme tels. ■

Eric Jeanneau Groupe VYV

Acteur du marché peut-être, élu mutualiste d'abord, je représente le groupe mutualiste VYV. Ce groupe réunit des acteurs majeurs de la complémentaire de santé, mais il faut rappeler que les mutuelles ne sont pas uniquement des complémentaires santé. Elles sont à l'origine de la première couverture prévoyance existante, avant même la Sécurité sociale, créée par les Sociétés de Secours mutuels au XIX^e siècle. À l'époque, il ne s'agissait pas de rembourser des lunettes, mais bien de faire face aux gros risques qui empêchaient tout simplement

les gens de vivre. On a toujours gardé cette fibre-là. Aujourd'hui, le Groupe VYV est le sixième acteur sur le marché de la prévoyance, et cette question nous mobilise beaucoup. Car nous avons une autre particularité : nous couvrons toutes les populations. Avec la MGEN, on connaît bien la fonction publique d'état. Avec la MNT, la fonction publique territoriale. Et avec Harmonie Mutuelle, les situations des salariés et des indépendants. Cela nous permet d'avoir une vision à 360°.

Quand ces mutuelles se sont regroupées, on a d'abord constaté un énorme trou dans la protection sociale en ce qui concerne la couverture prévoyance. On en avait tous une vue plutôt parcellaire. Or, cette insuffisance de couverture concerne tous les actifs. Les indépendants sont très peu ou très mal couverts, avec des risques énormes. En effet, la viabilité de l'entreprise est mise en cause quand il y a une lourde pathologie. Les salariés du secteur privé le sont de manière très inéquitable. Les fonctionnaires, sans même le savoir, ont une protection aujourd'hui minimaliste, même si elle sera un peu améliorée par la PSC, mais de manière très partielle. Quand on regarde cela, on se dit qu'agir sur cette imprévoyance est vraiment un impératif social, et qu'il faut en faire prendre conscience.

Depuis quelques années, on a mis en place plusieurs opérations pour faire parler de cette question-là. Je suis donc très content d'être ici aujourd'hui. On parle beaucoup de santé et beaucoup moins de prévoyance, à tel point qu'on en arrive parfois à des aberrations. On va regarder des petits manques dans la couverture santé, en oubliant à côté les gros risques qui ne sont pas couverts. Un exemple m'a fait réagir quand on a commencé à parler d'inclure les prothèses capillaires dans le 100 % santé l'année dernière. En soi, c'est une excellente chose. Effectivement, c'est bien que les gens qui ont des cancers puissent y accéder. Mais si on ne regarde pas qu'ils sont en incapacité de travailler du fait de leur cancer, et qu'ils peuvent perdre jusqu'à 50, 60 ou 70 % de leurs revenus et n'arrivent plus à faire face à leurs besoins primaires, et donc à leur santé, on oublie l'essentiel.

Il faut tout faire pour éviter que le risque, qui existe pour tous, ne se transforme pas en drame pour de trop nombreuses personnes. Pour cela, un vrai diagnostic de ce manque de prévoyance dans notre société est nécessaire. Le Groupe VYV a essayé de le chiffrer. Je vous renvoie aux travaux menés par l'Observatoire de l'imprévoyance. Nous avons calculé ce que serait un bon niveau de couverture en prévoyance permettant de faire face aux *aléas*, et de permettre que chacun ait les ressources pour faire face après une situation extrêmement difficile, pour pouvoir revenir dans l'emploi et améliorer sa santé également. On s'est aperçu qu'il manquait à peu près 15 milliards d'euros de prestations par an aujourd'hui. Ce sont 15 milliards de prestations qui pourraient être versées si les Français étaient suffisamment couverts. Sur ces 15 milliards, il y a à peu près 8,4 milliards d'euros correspondant à l'insuffisance de prévoyance des actifs. Comme mentionné dans la première Table ronde, cela correspond aux 2 actifs sur 10 qui ne sont pas du tout couverts, auxquels s'ajoute 5 actifs sur 10 qui ne sont couverts que partiellement.

Ce sont des sommes importantes, mais par rapport à l'ensemble de la protection sociale dans notre pays, ce n'est pas non plus inatteignable. **On pourrait avoir un vrai progrès social en mettant en place une couverture sociale généralisée au niveau de la prévoyance.**

Le Groupe VYV a fait 25 propositions pour cela. La première concerne la question de l'information. **Pourquoi parle-t-on si peu de prévoyance dans notre pays ? Et pourquoi parle-t-on toujours de la santé ?** Je crois qu'il faut que l'on se pose tous cette question. Depuis un certain nombre d'années, des vrais biais cognitifs individuels ont amené à mettre ce sujet dans l'ombre dans tous les débats sociaux.

D'abord, on n'aime pas parler des risques lourds. On a tous peur de se projeter dans une situation d'arrêt maladie long, d'invalidité. Parfois, on se dit que ne pas y penser évitera de faire venir le risque. Or, comme le dit l'adage, la peur n'évite pas le danger.

Ensuite, le biais de perception du risque est très important. Les gens se disent souvent que les *aléas* graves peuvent arriver dans l'absolu, mais que le risque est très faible. Pourtant, nos enquêtes ont montré que nous avons quasiment une chance sur deux de faire face à un risque lié au domaine de la prévoyance au cours de notre vie. Ce risque est donc loin d'être négligeable. Cette perception biaisée est également liée à un effet social. On n'en parle pas, tout simplement parce qu'on ne voit pas les gens qui sont en arrêt maladie. C'est ce que j'appelle « un biais machine à café ». Vous êtes à la machine à café, vous allez voir votre voisin qui va peut-être vous dire qu'il a été mal remboursé pour ses lunettes et que sa complémentaire santé n'est pas adaptée. En revanche, on ne voit pas à la machine à café la personne en arrêt depuis trois mois, donc on ne parle pas de ses difficultés.

La première action à faire n'est pas difficile. **Il faut se mobiliser sur l'information.** Chaque année, chacun devrait pouvoir avoir un relevé d'information sur les caractéristiques de sa couverture en prévoyance quand il est salarié, mais aussi et surtout quand il passe éventuellement dans une situation de portabilité, ou quand il change de statut pour devenir indépendant. Aujourd'hui, certains systèmes d'information sur nos droits sociaux ont beaucoup progressé, par exemple celui de la retraite. Pourquoi n'a-t-on rien fait sur la prévoyance ?

Ensuite, une fois cette question prise en compte, une part de la population refusera toujours de vouloir s'assurer individuellement. Pourtant, **il faut s'assurer.** De plus, on a un intérêt économique à ce que tout le monde s'assure de manière collective. Notre proposition est simple : basons-nous sur ce qui a bien fonctionné en essayant d'en éviter les biais, le 1,5 % cadres évidemment. Généralisons le fait de consacrer 1,5 % de la masse salariale à la couverture de la prévoyance. Nous avons calculé qu'avec 1,5 % de la masse salariale consacrée à la couverture prévoyance, on pourrait assurer un socle de prévoyance a minima identique pour tout monde. Les gens ne savent pas quand ni à quel niveau ils sont couverts. Au moins, assurons à tous les actifs un an de revenus pour leur conjoint, leur famille, en cas de décès. S'ils tombent en invalidité, il faut qu'au moins 70 % des revenus soient assurés. C'est le socle de base.

Avec les 1,5 %, on sait qu'on peut même aller au-delà, avec un complément de garanties à adapter selon les besoins et des dispositifs de prévention. Mais comme le propose le rapport Hcaam, cela va être renvoyé à la négociation parce qu'évidemment ce n'est pas la même chose de couvrir une entreprise avec des chauffeurs routiers que de couvrir des enseignants universitaires. Les risques et les besoins ne sont pas les mêmes. C'est en proximité, dans la négociation de branche, ou au sein de chacune des 3 fonctions publiques, qu'on peut adapter la couverture pour compléter la couverture socle. En fonction des risques spécifiques, il s'agira par exemple de mieux couvrir l'incapacité, ou d'aller sur d'autres risques, comme la rente éducation ou l'aïdance.

Voici le dernier point très important des mesures. Il est absolument nécessaire que les questions de la prévention et de l'aide au retour à l'emploi soient également matérialisées dans cette couverture de 1,5 %. C'est un instrument majeur permettant de réduire le risque et de trouver les co-bénéfices. Or, la prévention et le retour à l'emploi sont totalement invisibilisés. Il faut commencer à discuter de tous les éléments permettant de faire de la prévention pour éviter que le risque arrive, et favoriser le retour à l'emploi.

Dans ce domaine, on a non seulement des propositions, mais aussi un savoir-faire avec les mutuelles qui accompagnent différents milieux. Je vous donne un exemple intéressant pour des gens qui travaillent en économie de la santé. La Mutuelle nationale des Territoriaux a accompagné une collectivité où, pour les Atsem – les assistants maternels – le nombre de jour d'absence était de 28 jours par an en moyenne au lieu de 12 jours au niveau national. Évidemment, c'est un coût pour la collectivité, cela dégrade le service rendu, les désagréments sont multiples. Avec un programme de prévention adaptée, d'accompagnement au retour à l'emploi, la moyenne est tombée à moins de six jours en deux ans. Le programme étant cofinancé par la collectivité et la mutuelle, on a calculé que sur 1€ investi par la collectivité, celle-ci a récupéré 3€. Et pour 1€ investi par la mutuelle, il y avait eu à peu près 1,50€ de prestations économisées. On a donc des co-bénéfices globaux, avec un accompagnement bien meilleur pour les personnes. En plus, le service rendu aux personnes dans nos écoles est évidemment amélioré.

Ces questions devront être développées, elles sont essentielles. **Toute réforme de la prévoyance doit aussi intégrer la prévention et l'aide au retour à l'emploi.** ■

INCITER À L'EXTENSION DES COUVERTURES PRÉVOYANCE EN FRANCE

Cécile Malguid

France Assureurs

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2024/05/Diapo-C-MALGUID.pdf>

L'extension des couvertures prévoyance est un sujet majeur et prioritaire pour les assureurs. Les conséquences financières peuvent être catastrophiques en l'absence de prévoyance complémentaire. On a déjà parlé de la couverture disparate des Français. Cela concerne les salariés du privé, mais aussi les indépendants et les agents de la fonction publique.

Pour nous il y a des prérequis à cette extension. Déjà, c'est de l'incitation, et pas de l'obligation. Nous sommes très attachés au respect du libre choix, le cadre des négociations collectives, également au niveau de la branche. Après la branche, il y a aussi un espace de négociation au niveau des entreprises qui s'adaptent aux besoins de leurs salariés. Il en va de même pour la fonction publique, mais aussi au niveau des arbitrages individuels, c'est également un élément important à respecter, ce libre choix.

En tirant des enseignements de l'encadrement de la couverture complémentaire santé par les contrats solidaires et responsables, nous ne sommes pas favorables à un encadrement normé trop contraignant qui enlèverait toute

possibilité d'adaptation de l'offre aux besoins. La fin des clauses de désignation à la suite de la censure du Conseil constitutionnel et leur remplacement par des clauses de recommandation nous a montré collectivement l'intérêt qu'il y avait à mettre fin au mécanisme précédent qui manquait de transparence et aboutissait *in fine* à des choix assez conservateurs au niveau des branches, et qui s'imposaient ensuite à l'ensemble des entreprises de la branche. Contrairement à ce qui a pu être dit précédemment, ou qui est repris dans la partie sur la prévoyance du rapport du Hcaam sur l'articulation entre assurance publique et assurance privée, nous ne pensons pas que le retour sous une autre forme des clauses de désignation soit possible. La censure du Conseil constitutionnel ne laisse pas, selon notre lecture juridique, la porte ouverte à d'éventuelles clauses de co-désignation. Et nous pensons que ce n'est pas souhaitable. Au contraire, collectivement on a intérêt à aller sur des pratiques concurrentielles.

J'en reviens à ce prérequis vraiment essentiel. Autour de la table, nous sommes tous favorables à cette extension de couverture prévoyance complémentaire. Il n'y

a pas une seule forme de mutualisation. Il n'y a pas la mutualisation de branche qui est « super efficace » et le reste qui ne l'est pas. La santé a montré qu'une mutualisation inter-entreprise et interbranche était toute aussi efficace, voire meilleure qu'une mutualisation de branche. D'autres formes existent donc. En matière de prévoyance, une mutualisation sur une branche qui enregistre des risques particuliers en termes d'arrêt de travail n'est pas forcément une bonne chose. On aurait intérêt à organiser une mutualisation entre les branches, ce qui est permis par les contrats des grands organismes de protection sociale complémentaire qui peuvent mutualiser au sein de leur portefeuille entre différents risques. Nous sommes très attachés à ce modèle-là.

Nous sommes aussi attachés à un « package des 3 risques ». Il nous paraît extrêmement important de ne pas opposer la garantie décès aux garanties incapacité et invalidité, au contraire, dans les démarches on a intérêt à essayer de porter les risques en globalité. Chaque risque a sa raison d'être, et garder le décès en base, c'est non seulement très important en lien avec le faible niveau de filet de sécurité du régime obligatoire, mais également pour l'équilibre économique. Il est très important que le décès reste en base dans cette perspective d'extension. Il ne faut pas oublier non plus qu'il y a le stock, tous ceux qui ne savent pas quoi faire aujourd'hui, et qui demain vont devoir rentrer dans la prévoyance complémentaire. Il faut trouver des modalités de financement pour tous ceux qui sont aujourd'hui en arrêt de travail ou en invalidité, et qui ne sont pas couverts. En termes de mutualisation du risque et d'impact sur les cotisations, cet élément est aussi essentiel.

Comme cela a déjà été mentionné, on n'arrivera pas à étendre les couvertures prévoyance si on ne fait pas d'efforts sur la maîtrise du coût des risques prévoyance. Aujourd'hui, on est dans un contexte de dynamique très forte d'arrêt de travail, avec les effets fréquence et durée. Les organismes complémentaires assurent en priorité les arrêts longs, qui se multiplient également. Il faut tenir compte de la déformation des arrêts. Ce ne sont plus les mêmes personnes qui s'arrêtent. Depuis la crise, on constate que les jeunes, les cadres et les managers s'arrêtent plus qu'avant. Ces éléments doivent aussi être intégrés dans les modèles. L'âge légal passé de 62 à 64 aura aussi des impacts sur la prévoyance. Ces éléments sont importants.

Nous avons effectivement un enjeu collectif à mieux maîtriser l'absentéisme et à travailler sur la gestion des arrêts de travail. Plusieurs aspects peuvent être travaillés avec les prescripteurs et les différents acteurs sur des référentiels en termes de durée et de pertinence. Il y a même des bénéfices en termes de santé, de retour à l'emploi. Collectivement, on a tout intérêt à favoriser le retour à l'emploi. Aujourd'hui, c'est aussi un des axes importants dans les contrats de prévoyance, mais c'est un enjeu qui dépasse ce qui peut être fait dans ces contrats, il s'agit vraiment d'un enjeu collectif. On n'arrivera pas à étendre les contrats de prévoyance si l'on n'intègre pas ces éléments-là,

parce qu'ils permettent aussi de régler le prix de l'extension. C'est important en termes de soutenabilité financière des nouveaux dispositifs et de la façon dont on va les étendre.

Voici deux axes.

Le premier est la pédagogie. Merci au CES de parler prévoyance aujourd'hui. On a besoin de faire comprendre qu'en France, le système de Sécurité sociale joue un rôle essentiel. En complément, il y a un intérêt et un enjeu à se doter d'une couverture prévoyance dans beaucoup de situations.

La démarche de lisibilité engagée dans le cadre du CCSF est très intéressante. Je vous invite à regarder les tableaux d'exemples, parce qu'il y a une démarche pédagogique et la complexité est assez importante. C'est encore plus complexe pour les salariés que pour les indépendants. Pour les indépendants, la couche de base dépend de leur statut. Rappelons que pour les professions libérales, l'existence d'une couverture par la Sécu, c'est très récent. Il n'y a rien eu pendant très longtemps et les assureurs ont joué un rôle au premier euro.

Le régime salarié est encore plus complexe, puisque la Sécurité sociale intervient, l'employeur a des obligations, et parfois les négociations de branche vont au-delà. Et après, vous pouvez avoir des accords d'entreprise, et vous pouvez rajouter encore des choses au niveau individuel.

Le travail qui a été fait a une vertu pédagogique intéressante pour essayer de comprendre les différentes couches, qui fait quoi.

Le deuxième axe est celui de l'incitation. Il faut encourager les négociations, avec le principe d'un taux minimal, je ne sais pas si c'est du 1,5 % ou si c'est 1 %. Il faut réfléchir à cette problématique de financement. Le 1,5 % pour les cadres est aujourd'hui intégralement financé par l'employeur, demain la couverture doit-elle être cofinancée ? C'est une réflexion à avoir pour la soutenabilité financière.

Nous pensons que le contexte est assez favorable. Des événements sont inscrits à l'agenda social, des discussions sont en cours, soit que les partenaires sociaux se saisissent de ce sujet-là, et qu'après on s'empare aussi du sujet dans les entreprises. Il y a des progrès pour la fonction publique. La sélection médicale est un sujet. Il y a des choses à faire. Aujourd'hui, elle est absente, c'est un engagement déontologique. On pense qu'il y a d'autres solutions que la régulation très contraignante des contrats solidaires et responsables. Il y a peut-être des gardes fous, des engagements à prendre. Nous sommes assez ouverts là-dessus, nous pensons que ça fait partie du processus global.

Il faut identifier les freins méritant d'être levés pour encourager cette extension. Il y a d'autres sujets, notam-

Table ronde 2

Cécile Malguid

ment l'arbitrage santé/prévoyance. Un de nos combats est de desserrer la contrainte des contrats responsables. Cela peut être un moyen de redonner un plus de « pouvoir d'achat ». Je parle ainsi parce que c'est une réalité pour la prévoyance, et notamment pour les indépendants qui bénéficient aujourd'hui du dispositif Madelin, qui est intéressant pour certains mais peut être inadapté pour d'autres. ■

TABLE RONDE 2 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modératrice : Nathalie Fourcade

Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)

Denis Raynaud : Je rebondis sur la dernière présentation, ainsi que sur celle de Monsieur Jeanneau.

Ma question est : comment concilier la liberté contractuelle que France Assureur revendique avec l'objectif de mutualisation des risques ? Est-ce possible dans un environnement concurrentiel ?

Cécile Malguid : Je ne vois pas pourquoi on opposerait liberté de choix et mutualisation. On a intérêt à tirer tout le monde vers le haut. Pour autant, ça ne veut pas dire qu'on est obligé d'aligner tout le monde pour qu'il y ait une bonne mutualisation.

Marion Del Sol : La question est celle de l'échelle et du « lieu » de la mutualisation. Une mutualisation organisée à l'échelle d'une branche n'est pas du tout comparable à la mutualisation qui se fait dans le portefeuille de l'assureur. Cette dernière est un mécanisme interne à l'organisme assureur qui peut « mélanger » des assurés d'horizons divers, et qui pose la question de la transparence.

Denis Raynaud : Plus explicitement, je m'interroge sur la capacité du marché concurrentiel à mutualiser les risques quand il y a des entreprises avec des sinistralités différentes. N'y a-t-il pas un risque qu'en l'absence d'adhésion obligatoire au contrat négocié pour un ensemble d'entreprises, les entreprises ayant une moindre sinistralité obtiennent de meilleures conditions auprès d'un autre assureur ?

Éric Jeanneau : C'est l'inconvénient du système de recommandation actuel. Les entreprises qui ont une sinistralité moindre vont avoir intérêt à aller chercher un contrat à meilleur coût que celui qui a été négocié dans le cadre de la recommandation. C'est pour ça que nous ne sommes pas du tout opposés à l'idée d'une co-désignation.

Là où on insiste beaucoup et où on est très fortement d'accord, c'est de ne pas trop encadrer les contrats. C'est pour ça qu'on a voulu distinguer l'importante question du socle, pour que chacun sache qu'il est assuré sur les plus gros risques. Et après, le reste doit vraiment être adapté à la population, et ça ne peut se faire que dans le cadre de la négociation.

Mais effectivement, cela suppose un certain niveau de mutualisation. C'est vrai qu'il y a des branches qui ont plus de sinistralité que d'autres. Pour autant, la branche, ou le ministère, ce sont des cadres de négociations qui existent et qui permettent d'avancer et de prendre vraiment les spécificités en considération.

Mais il est vrai qu'il faut qu'on se méfie de la difficulté qui peut exister à assurer certaines entreprises ou certains employeurs aujourd'hui.

Cécile Malguid : On a fait une enquête sur les TPE car elles font *a priori* face à des difficultés plus importantes pour trouver un assureur, car un seul salarié malade peut dégrader significativement la sinistralité de l'entreprise et renchérir le coût de l'assurance. On se posait la question, au niveau de la fédération, de prendre un engagement déontologique sur la couverture des TPE.

Finalement, les enquêtes qu'on a pu mener montraient qu'on avait des pourcentages très faibles de TPE qui éprouvaient des difficultés à s'assurer aujourd'hui. Du coup, on ne nie pas le problème, on dit qu'il y a sûrement des solutions, par exemple l'absence de sélection médicale. Il y a des solutions à trouver. Il y a des contrats courts. Il y a des modalités à trouver. Sur le marché, dès lors qu'on est dans cet état d'esprit de vouloir étendre la prévoyance, il y a des garde-fous qu'on pourrait mettre en place pour ces situations.

Un intervenant dans la salle : Si on regarde les modèles étrangers santé et prévoyance qui se fondent sur la concurrence, la partie socle est soit publique, soit extrêmement réglementée. C'est le cas des Pays-Bas et de la Suisse, la partie socle est extrêmement réglementée. C'est difficile pour moi d'imaginer un système fondé sur la concurrence, comme il est aujourd'hui, avec la volonté d'avoir une partie socle qui couvre une très grande partie de la population, sans une réglementation très forte.

Cécile Malguid : Qu'est ce qui s'est passé sur la santé ? Le socle s'est transformé en une régulation très contraignante qui oblige à couvrir ou limite les niveaux de garantie pour tel ou tel soin précis, sans laisser de degré de liberté aux acteurs. Là, ce que nous disons, c'est qu'il faut éviter d'imposer un cadre aussi contraignant pour la prévoyance, qui obligerait à couvrir tant sur le décès tant sur l'invalidité... Mais on dit que le socle serait un pourcentage qui est dédié, un taux qui est dédié avec peut-être des priorités, comme aujourd'hui d'une certaine façon la logique du 1,5 % de cotisation obligatoire pour la prévoyance complémentaire des salariés ayant le statut de cadre. Le 1,5 % n'est pas un panier normé. Le 1,5 %, c'est un taux, et après il y a une priorité qui est donnée au décès, en laissant la possibilité aux entreprises de souscrire à des contrats répondant à leurs besoins tout en respectant un cadre général.

Éric Jeanneau : C'est à améliorer, c'est sans doute à encadrer, je ne vois pas forcément d'opposition à regarder s'il

Table ronde 2

Procès-verbal des questions/réponses

ne faudrait pas mettre en place des systèmes de péréquation. L'importance, c'est que tout le monde puisse être couvert.

Mais ce qu'il ne faudrait pas, c'est ce qu'on disait, c'est rentrer de nouveau dans un contrat responsable, comme ça s'est fait en santé, qui est devenu de plus en plus encadrant et qui a complètement dévié de ses objectifs initiaux. C'est ce qu'on veut surtout éviter, et je dirais encore plus en prévoyance. Parce qu'encore une fois – on le dit et on le répète – les risques sont très différents d'une entreprise ou d'une branche à l'autre, et les besoins sont différents aussi. Je reviens toujours à ma logique, il y a la question de l'accompagnement, du suivi de la personne, du retour à l'emploi.

Quand on dit « 1,5 % de la masse salariale », on met tout le monde à un niveau minimal qui est satisfaisant. On sait qu'on peut couvrir l'essentiel, et de proposer des garanties complémentaires et des dispositifs de prévention adaptés. Il y a déjà des branches qui sont au-dessus. L'important, c'est que si elles décident de couvrir davantage, c'est parce qu'il y a des risques supplémentaires. Effectivement, dans les petites boîtes du BTP, les risques ne sont pas les mêmes que dans les *start-ups* de la finance. Donc c'est logique que parfois ce risque soit pris en charge de manière plus forte, et plus forte par l'employeur, aussi parce que c'est une question pour lui de viabilité de son modèle économique. Quand on est dans une entreprise du BTP et qu'on a quatre salariés, s'il y en a deux qui sont en arrêt longue durée, on ne fait plus face au marché.

C'est cet ensemble de conditions spécifiques qui doit être pris en compte.

Donc, on fait rentrer tout le monde au 1,5 %, avec un socle commun, mais pour le reste, laisser de la liberté. Je pense que c'est une bonne façon d'appréhender cette question-là.

Nathalie Fourcade : Si je vous ai bien suivis, vous avez évoqué tous les deux l'idée d'un arbitrage entre santé et prévoyance, et la possibilité éventuellement de réduire la part des garanties santé au profit des garanties prévoyance.

C'est une idée intéressante qu'on avait un peu explorée dans notre rapport. Vous avez bien illustré le fait qu'on s'intéresse beaucoup plus – et peut être même, relativement trop – à la santé qu'à la prévoyance. Vous avez présenté brièvement les raisons qui expliquent cela, c'était très intéressant.

Pour les partenaires sociaux qui négocient, la prévoyance est un objet beaucoup plus compliqué. Est-ce que vous pensez que les esprits sont mûrs, qu'il y a des entreprises qui seraient prêtes à aller dans cette direction-là ?

Éric Jeanneau : Ce qu'on sent c'est que, quand on discute notamment avec les représentants aujourd'hui des

entreprises, il y a un intérêt beaucoup plus fort qu'avant sur la prévoyance. Il y a le sentiment que, sur la santé, le travail a été fait. On parlait d'attractivité tout à l'heure, aujourd'hui un salarié sur deux regarde les garanties complémentaires offertes par l'entreprise avant de postuler.

Les entreprises se rendent compte que c'est une question primordiale, et que ce n'est pas en rajoutant des garanties sur la santé que cela suffira. Je ne sais pas si c'est une bonne façon d'entrer dans le débat en disant que c'est leur intérêt, mais en tout cas ça peut permettre peut-être de rééquilibrer les dispositifs au fur et à mesure du temps, de se rendre compte qu'on n'a peut-être pas besoin de changer de monture de lunettes tous les deux ans, en revanche, qu'être couvert en invalidité c'est quelque chose qui est plus important.

Si on a cette discussion-là avec les partenaires sociaux de l'entreprise, à un moment donné, on peut faire des arbitrages.

Cécile Malgouy : L'inconvénient de l'excès de réglementation relative aux contrats responsables qui oblige à couvrir un périmètre de soins toujours plus grand est que les assureurs n'ont plus de marges de manœuvres. Couvrir le panier relatif aux contrats responsables entraîne déjà des tarifs élevés. Globalement, on avait auparavant des contrats qui, en plus des garanties santé, proposaient des services de l'accompagnement et des programmes de prévention. Avec l'augmentation des dépenses, qu'est ce qui se passe ? C'est justement ce qui n'est pas responsable, justement la prévention qui est moins financée, et c'est dommage. C'est pareil, si on redonne des marges d'action aux acteurs, moi je suis persuadée – mais je ne sais pas si tout le monde pense comme moi – que ça permettrait d'ouvrir aussi le champ de la prévoyance complémentaire. On a besoin de redonner des marges de manœuvre pour aller plus loin.

Férouze Aziza : Je voudrais juste réagir un peu là-dessus.

Sur ce débat-là, santé prévoyance, c'est vrai qu'on a quand même un regard spécifique, parce qu'on est confronté à des personnes qui ont des problématiques de santé en l'occurrence, donc le volet santé est quand même extrêmement important. J'entends qu'il y a peut-être des arbitrages à avoir, néanmoins, on ne voudrait pas non plus négliger l'importance aussi du volet santé, même si pour la majorité de la population, effectivement, il n'y a pas de gros problèmes de santé. En l'occurrence, le risque est plus gros au niveau de la prévoyance, le risque financier sera plus important que le risque de santé qui sont les petites dépenses dans le quotidien des personnes.

Néanmoins, il y a quand même une population qu'il faut toujours prendre en compte. Ce que vous disiez là, vous parlez de la prévention etc., je l'entends. Mais il y a un investissement au-delà de ce que vous pouvez, vous, proposer au niveau des organismes. À la base, de toute façon, la problématique est aussi sur la prévention d'une manière globale, des politiques de prévention et des

politiques publiques de prévention en fait, et y compris dans la prévention au travail, la santé au travail. On voit qu'il y a un vrai sujet, c'est sûr qu'il y a un gros travail de toute façon sur la prévention santé au travail, y compris avec les services de santé au travail. On a des retours de vraies problématiques d'accompagnement, de formation, de qualification, de place dans l'entreprise du service de santé au travail qui fait vraiment défaut. Il y a vraiment un sous-investissement, ils ne sont pas dans les entreprises, à part dans les très grandes entreprises qui ont leur propre service de santé au travail, où il peut y avoir des choses. Il y a quand même un vrai problème aussi du service de santé au travail dans l'entreprise qui est peu connu, qui n'a pas sa réelle place en termes de prévention.

Quand on a commencé à dire qu'il fallait faire des économies sur les ALD, on a dit qu'il faudrait peut-être s'occuper de la prévention des maladies chroniques avant de s'attaquer à la prise en charge des malades. Il y a quand même ce point de départ-là, au niveau du risque, comment il est pris en charge. Pour nous, c'est du risque qui relèverait aussi de la Sécurité sociale. Et on pense qu'il y a un niveau qui est peut-être insuffisamment pris en compte au niveau de la Sécurité sociale sur certains services. Il faudrait rééquilibrer.

C'est ce que je disais quand je parlais des parcours. J'ai un exemple : on a été sollicité sur des expérimentations sur l'invalidité. C'est assez hallucinant, parce qu'on regarde comment on va revoir l'évaluation de la mise en invalidité etc., mais à aucun moment on n'a regardé le parcours avant, et notamment au niveau des IJ, ce qui fait qu'on s'est retrouvé avec des personnes dans leur expérimentation qui sont en fin de droits IJ, mais puisqu'on n'a pas regardé leur situation, ils ne pourront pas rentrer en invalidité. Et donc, il n'y aura pas d'IJ maladie, pas de pension d'invalidité, et il n'y aura pas de prévoyance pour ces personnes-là. On va se retrouver avec des personnes qui se retrouvent dans le vide. Nous disons vraiment : « Analysons ces parcours en emploi et faisons une politique cohérente avant toute chose. » Avant de commencer à vouloir des dispositifs, il faut faire des évaluations dans beaucoup de politiques au niveau de la santé et de la prévoyance.

Florence Jusot : Il y a une spécificité de la gestion du risque santé en entreprise parce qu'effectivement les personnes en emploi sont globalement en bonne santé, sauf celles qui ne le sont pas. C'est vrai qu'aujourd'hui c'est extrêmement amorti par la prise en charge en ALD de ces personnes-là. Et ça fait que finalement, le risque santé chez les gens en âge d'être en emploi sont relativement modérés. Mais si on fait sortir certaines pathologies de l'ALD, ça peut changer radicalement les choses.

Cécile Malgouy : Je tiens à dire et à rappeler qu'un certain nombre d'ALD coûtent en moyenne deux fois plus aux organismes complémentaires que les personnes qui ne sont pas en ALD.

Florence Jusot : Effectivement, chez les gens jeunes c'est plutôt deux fois plus, parce que les gens jeunes ont peu de dépenses de santé lorsqu'elles sont en bonne santé si je puis dire. Mais c'est vrai que toute modification d'exonération aura un impact majeur.

Éric Jeanneau : C'est vrai que sur l'ALD les dépenses sont lourdes, vous le savez ici. Mais quand même, moi je suis surpris de voir des députés ou des sénateurs de la Commission des Affaires sociales qui ne le savent pas. Et je vous rejoins, c'est une question globale de parcours, d'anticipation, de prévention d'un certain nombre de pathologies, pour éviter que ça se transforme en problématiques qui amènent à l'arrêt de travail. Et quand ça se transforme en arrêt de travail, on oublie ou on attend trop longtemps pour réfléchir à la façon dont on peut adapter le poste et permettre le retour à l'emploi.

Aujourd'hui, on a quand même des éléments assez aberrants, par exemple sur le mi-temps thérapeutique qui est très peu utilisé. Et dès qu'il commence à être utilisé, tout de suite on se dit « Ouh là, ça va coûter trop cher. » Alors que c'est normalement une solution qui permettrait aux gens de continuer d'être en activité, sachant que l'activité permet aussi de se maintenir en santé, de garder le lien social, et d'être aussi productif dans l'entreprise, à condition que ça puisse être adapté, ce qui n'est pas – il faut le dire aussi – possible dans tous les collectifs de travail et toutes les entreprises. Mais là encore, c'est une question qu'on peut voir en proximité.

C'est pour ça que, quand nous disons et quand nous revendiquons, nous, en tant que complémentaire, d'avoir notre place dans l'accompagnement prévention retour à l'emploi, c'est important.

D'abord tout simplement parce que je pense que vu le niveau de prévention d'aide au retour à l'emploi dans notre pays, on ne peut pas se permettre d'être dans une querelle de légitimité sur ces questions-là. Mobilisons toutes les forces, tous les acteurs.

Deuxièmement, c'est parce que les mutuelles peuvent développer une expertise en proximité des entreprises de diagnostic et d'accompagnement que, malheureusement, même si on est très pro-étatique, on peut penser que la verticalité de l'État ne permettra jamais d'avoir de manière totalement efficiente... Les mutuelles des territoriaux connaissent bien les territoriaux. Moi, je suis issu de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale. Quand on a commencé à travailler sur les pathologies des enseignants, on s'est aperçu – ça paraît une évidence, mais à l'époque ça ne l'était pas – qu'il y avait beaucoup de pathologies de la voix pour les enseignants, et qu'il fallait peut-être travailler en prévention sur la question de la voix. Finalement on en parlait très peu, et même les enseignants en parlaient très peu, parce qu'ils venaient avec une petite toux, et puis ce n'était pas grave, jusqu'à ce qu'ils aient une extinction de voix, et finalement ils n'avaient plus la capacité de donner leurs cours.

Ces questions-là, on peut les repérer aussi en proximité avec l'expertise que peuvent avoir les complémentaires, surtout quand elles font de la santé et de la prévoyance en même temps, la proximité aussi affinitaire qu'ils peuvent avoir avec certains milieux professionnels, et puis l'intérêt global qu'on a tous à travailler ces questions-là, économiques aussi, au-delà de l'intérêt social.

Féruze Aziza : Sur la prévention, je précise, je pense que sur la santé au travail les complémentaires ont vraiment un rôle extrêmement important à jouer. Effectivement, vous êtes là en proximité, mais au-delà même de la prévention au travail, c'est la prévention des maladies chroniques. Parce que dans ces risques que vous allez avoir à gérer au niveau de la prévoyance, que ce soit invalidité, arrêt maladie, parfois ce n'est pas du tout lié à une problématique de santé au travail, mais bien à une problématique de santé tout court. Finalement, il y a tout le volet de prévention, en dehors même de la santé au travail, qui serait aussi à développer.

Une intervenante dans la salle : Il serait intéressant de savoir pourquoi les gens utilisent le temps partiel thérapeutique, ou pourquoi ils ne l'utilisent pas. En fait, les personnes en consultation vont plutôt avoir une tendance à se dire : « Oui, moi je veux travailler, je veux un mi-temps thérapeutique. » Et on aura d'autres situations où ils diront : « Non ». Il fait ce choix en fait de retour au travail.

Et il faut aussi voir l'importance des conditions de travail. Les gens vont retourner au travail, mais dans quelles conditions ? Avec quels risques psychosociaux ? Avec quelle perception de la qualité du travail ? Ça rejoint ce que vous disiez sur les conditions de travail. De très bonnes conditions de travail vont être susceptibles d'aider les gens qui sont malades à accroître leur offre individuelle de travail et à décider de revenir au travail. Il y a vraiment un enjeu à travailler.

Éric Jeanneau : Et ça, on a fait des enquêtes sur les gens qui sont en arrêt long, et ça passe aussi parfois par des changements d'attitude.

Déjà, considérer que la personne en arrêt long peut se sentir mal d'être en arrêt long. Quand on interroge les gens, on s'aperçoit que 23 % des personnes qui sont en arrêt de plus de trois mois ressentent de la culpabilité. C'est quelque chose qui est finalement souvent totalement ignoré. Parfois, au contraire, on culpabilise la personne. Donc, il y a une question de culture à travers ça.

On s'aperçoit aussi que – c'est un chiffre qui surprend beaucoup de monde – 92 % des salariés en arrêt de plus de trois mois estiment important de garder le contact avec au moins une figure de leur environnement professionnel. Quand on interroge les employeurs, ils disent : « Non, on ne va pas aller embêter les gens qui sont en arrêt ». C'est personnel, on a un peu de pudeur, et puis surtout on a peur d'être considéré comme harcelant. Oui,

peut-être, il y a peut-être des bonnes raisons par rapport à ça, mais en fait après, ça complique très largement le retour à l'emploi. Il y a un risque de rupture avec le milieu professionnel, qui fait que la réinsertion ou la réadaptation du poste est un peu compliquée.

Le dernier chiffre : 38 % des gens qui ont repris une activité après un arrêt long estiment n'avoir pas été suffisamment accompagnés. Là, on peut supposer que le manque d'accompagnement peut régénérer une difficulté, des arrêts ultérieurs supplémentaires. Il y a donc un potentiel à travailler à ce niveau-là.

Cécile Malgoué : Il faut voir aussi côté entreprise, le mi-temps thérapeutique c'est de la paperasse assez importante. Il y a peut-être aussi des simplifications à faire. Certes, il y a des outils qui ont récemment été mis en place pour faciliter le retour à l'emploi, mais il y a quand même des freins administratifs et juridiques à tout ça, qu'on aurait peut-être intérêt à lever collectivement pour faciliter le retour à l'emploi.

Un intervenant dans la salle : Dans notre proposition, on a justement l'idée de se coordonner très rapidement sur ces questions-là avec l'ensemble des acteurs.

Féruze Aziza : Vous parliez notamment des dispositifs. Ça nous parle particulièrement, mais sur le temps partiel thérapeutique, il y a aussi un sujet, c'est de savoir comment les caisses d'assurance-maladie octroient ou pas le temps partiel thérapeutique. En fait, le médecin-conseil est souverain. Par exemple, on sait qu'on a des caisses qui vont décider d'emblée que le temps partiel thérapeutique est de six mois au maximum, même s'il y a des droits théoriques. Donc, on ne va pas aller forcément au bout de la période de droit parce que c'est une décision : « Nous, c'est six mois et après ça, soit vous reprenez, soit vous passez en invalidité ». Ce n'est parfois pas du tout cohérent, parce que dans certaines pathologies ça peut nécessiter d'avoir une période beaucoup plus longue de temps partiel pour pouvoir reprendre une activité, parce qu'il y a des hauts, des bas dans certaines situations de maladie. Ça montre encore l'inadaptation des dispositifs par rapport à la réalité aujourd'hui.

Il faut savoir que ce sont de vieux dispositifs, tout ce qui est la protection sociale invalidité, même IJ. Il y avait une assurance longue maladie avant, qui est maintenant IJ ALD. Pour vous donner un exemple, il y a des personnes qui arrivent à la fin de leurs droits IJ ALD en ayant eu 30 jours d'arrêt maladie sur une période de quatre ans, puisque ce sont trois ans fixes avec une possibilité d'un an supplémentaire si on a eu moins de 360 jours. Je ne vais pas rentrer dans le détail, c'est un peu technique. Mais quand on n'est pas en ALD, ce sont des périodes glissantes. Ce qui fait qu'il y a des personnes qui se trouvent en fin de droits, alors qu'elles auraient continué à avoir des droits si elles n'étaient pas en ALD, donc si elles n'étaient pas malades on va dire. Du coup, elles sont précipitées vers l'invalidité, alors que ça aurait été beaucoup

moins coûteux pour l'Assurance maladie de continuer à payer des arrêts de travail courts, parce que parfois ce sont des arrêts de courte durée, plutôt que de mettre en invalidité, ce qui a aussi psychologiquement un impact pour la carrière.

Quand on vous dit : « On vous met en invalidité », il y a non seulement de la confusion pour la personne elle-même, mais aussi pour l'employeur. Que ce soit le temps partiel thérapeutique ou le fait d'être en invalidité, ça ne donne pas de droit, ce n'est pas opposable à l'employeur pour accepter un temps partiel par exemple. Une personne qui souhaiterait continuer son activité professionnelle à temps partiel, l'employeur peut dire : « Non, chez nous ça ne marche pas votre poste. » Donc, il y a aussi des licenciements pour inaptitude qui sont faits. Ce n'est pas très logique, parce que d'un côté on considère le temps partiel thérapeutique comme un arrêt, mais d'un autre côté c'est considéré comme une reprise de travail, ça dépend de quel point de vue on se place. En fait, c'est très complexe.

Vous allez croire que je fais une fixation, mais c'est cette notion de parcours, il faut mettre à plat et simplifier tous ces dispositifs. Soit on est en état de travailler, soit on ne l'est pas, et on arrête de multiplier les dispositifs qui parfois s'avèrent complètement inadaptés ou incohérents les uns avec les autres.

Nathalie Fourcade : J'avais une question sur la prévention, parce qu'on a beaucoup parlé de prévention dans le champ de la complémentaire santé ou dans le champ de la complémentaire prévoyance.

J'aimerais vous interroger sur les différences de modèles économiques entre les deux pour les complémentaires. On a l'impression que le retour sur investissement d'une action de prévention va être plus important dans le champ de la prévoyance.

Dans le champ des dépenses de santé, d'une part, c'est l'Assurance maladie obligatoire qui bénéficie de l'essentiel des dépenses évitées grâce à la prévention, et d'autre part, si l'assuré change d'assureur complémentaire, c'est un concurrent qui bénéficie des efforts de prévention de sa complémentaire précédente. Sauf à considérer que la prévention est rentable économiquement en tant que facteur d'attractivité pour un contrat de complémentaire santé.

J'en profite pour glisser une deuxième question, puisqu'on est dans une Table ronde prospective : est-ce que vous menez des travaux sur l'impact des atteintes à l'environnement, en particulier du changement climatique sur les charges potentielles, la progression des maladies, donc pour les dépenses de santé, et puis éventuellement un impact sur la prévoyance si les conditions de travail deviennent plus difficiles dans certains domaines ?

Éric Jeanneau : Ça fait beaucoup de questions. Sur la première, je dirais simplement qu'on est encore très mal outillés sur l'évaluation des actions de prévention et ce retour sur investissement. Il faut qu'on travaille énormément là-dessus. *A priori*, c'est plus évident en prévoyance, parce qu'on va pouvoir voir rapidement un effet sur l'absentéisme, et donc factueliser l'avantage qu'il y a pour tous de mettre en place et de financer certains programmes. Pour autant, je pense que ça a aussi un impact en santé, mais le truc c'est qu'en santé on sait bien que c'est multifactoriel. Donc, on a du mal à vraiment identifier l'impact d'une action de prévention plus qu'une autre sur l'arrivée ou pas d'une pathologie. Mais on est dans la prévention, typiquement dans une activité qui a des effets externes énormes. D'une certaine manière, si personne ne s'en charge, on sait que les effets sont négatifs pour tous.

Il y a très longtemps, les assureurs se sont mis d'accord pour faire de la prévention routière par exemple, en créant une association de prévention routière, en la finançant largement, et en se disant que le retour sur investissement viendrait. Probablement qu'il est venu, parce que les accidents sur la route ont baissé très largement par rapport à ce qu'ils étaient il y a une trentaine d'années. Ils n'ont pas fait de calcul à chaque acte, et pourtant ça a eu un impact global positif. Je pense que globalement on doit tous s'en préoccuper, au-delà du retour économique, on peut penser qu'il va y avoir un retour global favorable pour tous.

Je prends un exemple et ça me permet d'en venir à la deuxième question : aujourd'hui, beaucoup de pathologies et de maladies chroniques sont liées à la sédentarité. La sédentarité au travail, c'est une vraie question. On reste assis parfois six ou sept heures par jour. Avec le télétravail qui se développe, ça va encore augmenter. Si on ne fait pas de l'entreprise un territoire de prévention global où on commence à traiter aussi de cette question de sédentarité, d'activité physique dans la période de travail, avec des sensibilisations et autres, on verra une explosion des pathologies, et on sera obligé de les financer, que ce soit en santé ou en prévoyance.

Pour les nouveaux risques émergents, là encore, au-delà de ces questions-là, on les sent poindre. Évidemment, il y a des questions climatiques qui vont avoir un impact sur les conditions de travail à l'extérieur, on le sait. Les vagues de chaleur et de canicule, c'est ce qui cause le plus de décès, c'est ce qui augmente le plus le passage à l'hôpital, c'est aussi ce qui crée les conditions de travail les plus difficiles. On peut se dire qu'il y a des métiers qui vont être difficiles à exercer dans certaines régions de France dans dix ans, avec des pathologies associées qui vont se développer. Ce n'est qu'un exemple, il y en a d'autres. On travaille plutôt en termes de prospective sur ces questions-là aujourd'hui, mais c'est vrai que ce n'est pas rassurant. Et pour boucler la boucle, ça amène à la nécessité d'agir tout de suite pour que tout le monde

soit couvert globalement en prévoyance, pour que, si les risques augmentent, on puisse y faire face.

Cécile Malgoid : Sur la première question, l'aspect évaluation en assurance santé, ce qu'il faut voir sur la prévention en prévoyance, c'est qu'aujourd'hui les conditions actuelles sont telles que les programmes de retour et d'aide au retour à l'emploi sont quand même très ponctuels, ciblés sur certaines pathologies. L'idée en fait c'est d'ouvrir, de faciliter davantage le retour à l'emploi pour les personnes qui le peuvent et qui le souhaitent. Aujourd'hui, on est encore dans des systèmes trop ponctuels, trop « personnes-dépendantes ». Surtout avec un sujet qui monte, celui des problématiques de santé mentale, psychique, qui demandent un traitement aussi particulier dans l'accompagnement du retour à l'emploi. L'idée c'est de passer d'un modèle un peu « artisanal » (au sens où ça concerne trop peu de gens) à un modèle plus « industrialisé ».

Denis Raynaud : Je voulais rappeler que c'était prospectif, et du coup ça me donne l'occasion aussi de faire un peu de publicité pour une publication de l'Irdes parue aujourd'hui, une étude sur les conséquences financières de la mise en invalidité des personnes atteintes de sclérose en plaques et point de vue des malades. Ça pose des questions prospectives dans le sens où, aujourd'hui, on a quand même des règles qui, dans les montants d'indemnisation, de pension d'invalidité et de prestations complémentaires, donnent une large part à la date d'entrée en invalidité. Typiquement, pour la sclérose en plaques, on est sur des maladies qui peuvent apparaître tôt, mais à évolution très lente. Et donc, si on rentre en invalidité trop tôt, on peut être pénalisé après dans sa carrière. Parce qu'avec une sclérose en plaques avec une évolution lente, on a le droit de faire une carrière actuellement à temps partiel. En fait, les personnes ne le savent pas forcément. Mais si les personnes qui souffrent de ce type de maladie rentrent très tôt en invalidité, on va calculer la pension invalidité sur la base de leur carrière. C'est-à-dire que si elles n'ont pas commencé leur carrière, elles ne vont pas gagner grand-chose, et derrière ça va être des plafonds. Et tout ce qu'elles vont gagner en plus ça va être écrié, ou on va diminuer.

C'est une question un peu de philosophie par rapport à l'adaptation de notre modèle de protection sociale. Et j'ai l'impression que là on est quand même sur un modèle de protection sociale qui vise à réparer les pertes par rapport à la carrière passée. En fait, ça pose aussi une question de potentialité équivalente sur le marché du travail, mais en prospective. C'est-à-dire : est-ce qu'il ne faudrait pas réfléchir à un système de protection sociale avec une articulation publique et privée qui donne les mêmes possibilités de carrière à des personnes bien portantes et à des personnes qui souffrent de pathologies invalidantes mais qui peuvent néanmoins faire une carrière ? Parce que là elles sont quand même relativement empêchées ou pénalisées pour faire une carrière. Et ça, c'est ce qu'on a écrit dans la conclusion du papier. C'était la conclusion

que j'avais tirée de l'ensemble des exemples qu'on avait pu voir, cet impensé qui fait que les règles d'indemnisation sont vraiment dépendantes de la date d'entrée en invalidité. Ça peut être vraiment pénalisant notamment pour des pathologies... là c'est le cas de la sclérose en plaques.

Comme on a aussi des travaux statistiques, on a pu montrer que les personnes rentrées il y a longtemps en invalidité ou en ALD pour sclérose en plaques ont arrêté ou diminué leur activité professionnelle, et ont arrêté relativement rapidement. Mais c'est moins le cas sur la période récente. Pourquoi ? C'est parce qu'il y a eu des progrès de la médecine. Donc, il y a des traitements qui rendent compatibles une activité professionnelle malgré une maladie partiellement invalidante.

C'est vraiment une question d'équité horizontale. Et là, on a un système de protection qui vise un peu l'équité verticale, qui vise à assurer un niveau de revenu et qui écrié, on considère qu'au-delà d'un certain plafond ce n'est pas la peine d'indemniser. Mais on n'assure pas l'équité horizontale.

Féreuse Aziza : Je vais réagir là-dessus, parce qu'effectivement c'est un sujet qu'on connaît bien, cette problématique qu'on retrouve dans d'autres pathologies. Par exemple, dans le livret que nous avons publié, on a l'exemple de quelqu'un qui a un diabète de type 1 qui avait été déclaré très tôt dans sa vie, il avait 23 ans. Donc c'était vraiment en tout début de carrière. Du fait des progrès médicaux, il a pu reprendre son activité professionnelle de manière assez favorable, il a repris à temps plein sur toute une période. Mais, à un moment donné, son état de santé a fini par se dégrader. Il se trouve dans une situation où il rebascule, il essaie de réenclencher son invalidité qui est celle qu'il avait quand il avait 23 ans. C'est le cas pour certaines maladies génétiques aussi.

Cette problématique qu'on retrouve est aussi liée justement aux inadéquations dont je parlais tout à l'heure. On a des personnes qui se retrouvent précipitées en invalidité, des personnes qui ont des maladies génétiques par exemple, des maladies chroniques, des jeunes qui ont des arrêts maladie et qui se retrouvent en fin de droits, donc la seule solution pour eux de continuer... parce que forcément ils vont avoir quelques arrêts maladies même s'ils ne sont pas nombreux, ils peuvent complètement développer leur carrière professionnelle, ça n'empêche pas. Mais ils vont se retrouver en invalidité très jeunes avec une toute petite pension qui ne sera jamais recalculée, à moins qu'elle soit suspendue pour motif médical, ce qui n'existe pratiquement jamais. À chaque fois, les motifs de suspension, c'est économique.

En fait, on avait fait une revendication pour que cette pension puisse être recalculée, et ils nous ont sorti une disposition en disant : « Oui, oui, on a répondu à votre demande », mais en fait pas du tout. Notre demande, c'était qu'on puisse recalculer s'il y a une suspension pour

motif financier. C'est-à-dire que la personne a « recotisé » sur des salaires plus élevés, ce qui n'est pas du tout le cas aujourd'hui, ce n'est pas possible. Donc, on a vraiment ces absurdités, et effectivement un statut à un moment donné, on vous met en invalidité avec tel montant d'invalidité et, quelle que soit votre carrière après, vous êtes un petit peu emprisonné dans un statut.

Denis Raynaud : On arrive à la fin, je tiens vraiment à remercier tout le monde. Merci pour ces échanges vraiment intéressants. Merci à tous pour votre participation. ■