



**Les acteurs de la régulation de l'indemnisation conventionnelle du chômage et de la couverture maladie complémentaire :
une délibération partagée ?**

Rapport pour la Mire-DREES

Gaël Coron, Jean-Pascal Higelé et Laurence Poinart

Janvier 2008

La recherche que nous avons menée a pour point de départ le titre même de l'appel à projet auquel elle répond : la gouvernance de la protection sociale. C'est l'usage du terme de gouvernance pour désigner le processus décisionnel dans la protection sociale qui pose question.

De manière générale, la signification du mot de gouvernance appliquée à la délibération politique est extrêmement imprécise. « *Dans les considérations ordinaires au jour le jour, son utilisation reste presque toujours esthétique plutôt que réfléchie ; elle relève du domaine de l'euphémisme permettant de se donner l'air à la page tout en oblitérant les notions si peu gratifiantes pour le public de gouvernement ou d'autorité publique. En revanche, dans d'autres contextes, dans certains cercles universitaires¹, ou encore chez certains hauts fonctionnaires nationaux, européens ou internationaux, il revêt un sens plus substantiel, mais un sens pourtant encore partiel, sans lien médité avec ce que la gouvernance peut vouloir dire pour d'autres groupes de spécialistes* ». ² Cette définition à géométrie variable du terme gouvernance est en même temps une des conditions de son succès puisque chacun peut se l'approprier en lui donnant le sens qui l'arrange.

Pour autant, la mollesse du concept de gouvernance ne signifie pas qu'elle est sans contenu ou sans effet pratique. Quelles que soient la précision de la définition et la qualité substantielle de son usage, la notion de gouvernance, même dans les cas où le recours à ce mot est d'ordre esthétique plus que conceptuel, s'oppose de manière plus ou moins frontale à l'idée de gouvernement par l'Etat. On pourra décliner à foison les critères qui fondent la notion, l'enjeu central du recours au terme de gouvernance est de s'opposer à une régulation qui serait de la responsabilité unique de l'Etat. La gouvernance peut-être mondiale, européenne, locale ou sectorielle, elle s'affirme contre la souveraineté ou la primauté de l'Etat.

Au delà de cette cristallisation commune sur la remise en cause du pouvoir étatique, les définitions du sens de la gouvernance s'adaptent également à l'échelon ou à l'objet auquel elle s'applique. L'idée récurrente qui accompagne l'usage du terme de gouvernance est de promouvoir, face à une conception hiérarchique et verticale du pouvoir dans laquelle la puissance publique occupe le sommet, une forme de délibération politique où un ensemble d'acteurs (dont la légitimité est acquise a priori) « *se déploient sur le même plan, à l'horizontale sinon à égalité* » ³. La définition de l'intérêt général n'est plus du ressort exclusif de l'Etat, « *la gouvernance, elle, porte une autre forme d'intérêt général. Façonné par les diverses parties impliquées, il s'agit d'un compromis constamment renégocié* » ⁴. De manière générale la gouvernance suppose que la meilleure décision sortira de la confrontation d'intérêts particuliers entre eux et de la confrontation de ces intérêts avec l'expertise. Elle est une « *régulation d'un pouvoir partagé* » ⁵ entre des acteurs publics (pouvoirs publics) et des acteurs privés (société civile, organisations professionnelles, groupes d'intérêts divers...) ou parapublics (agences et comités d'expertise). Parler de gouvernance de la protection sociale c'est donc, au minimum, lire la délibération politique en la matière comme étant multipolaire. Cette définition ne se veut pas analytique mais heuristique.

¹ A cet égard, les définitions qui se veulent conceptuelles sont elles-mêmes assez diverses. Pour exemples, Philippe Moreau-Desfarges (*La gouvernance*, Puf, 2003) nous propose de voir la gouvernance comme une forme de délibération en quelque sorte « a-idéologique », « positiviste », correspondant aux formes nouvelles des sociétés contemporaines et va jusqu'à conclure que « *la gouvernance contient bien la promesse d'un monde meilleur* » (p.124). Jean-Pierre Gaudin (*Pourquoi la gouvernance ?*, presses de Sciences Po, 2002), nous propose une définition qui reste descriptive de l'ambition de la gouvernance, mais en la résumant à trois critères qui seraient « les plus précis » (coopération d'acteurs, interactions continues, négociations des règles). Guy Hermet et Ali Kacangil (*La gouvernance, un concept et ses applications*, Karthala, 2005) nous proposent une approche plus analytique que descriptive en 8 critères. Alain Supiot (*Homo juridicus*, Seuil, 2005) ou Guy Hermet (2005) nous proposent moins une définition qu'une analyse de « l'idéologie de la gouvernance »...etc. La gouvernance est donc perçue très diversement, d'une part parce qu'elle peut-être présentée comme un cadre d'analyse (approche normative) ou parce qu'elle se fait objet de recherches, et d'autre part parce qu'à l'intérieur même de chacune de ces démarches les définitions ne se confondent pas entièrement.

² Guy Hermet et Ali Kazancigil, introduction à Guy Hermet, Ali Kazancigil et Jean-François Prud'homme (dir.), *La gouvernance, un concept et ses applications*, Karthala, 2005, p.7.

³ *ibid.*, p.8.

⁴ Philippe Moreau Desfarges, *La gouvernance*, Puf, Que-sais-je ?, 2003, p.33.

⁵ appel à projet « la gouvernance de la protection sociale », Mire-DREES.

Notre travail a donc pour origine et fil rouge la volonté de mettre à l'épreuve l'idée même de gouvernance de la protection sociale. Nous proposons à cet effet d'étudier les processus de décision dans deux domaines choisis parce qu'ils répondent *a priori* à des formes de régulation bien différentes et concernent deux risques sociaux distincts : la couverture du chômage et l'assurance maladie complémentaire. Nous proposons plus précisément de poursuivre deux types de questionnement, qui interrogent la manière dont s'organise un (éventuel) partage de la délibération politique, et qu'il faudra articuler pour mesurer les formes concrètes de la délibération dans ces domaines.

La première interrogation concerne le jeu entre les acteurs non-étatiques de la délibération. Quels sont les acteurs non étatiques qui pèsent effectivement sur l'orientation de l'Unedic dans un cas, sur l'assurance maladie complémentaire dans l'autre ? Qui sont les acteurs clés qui participeraient effectivement à une gouvernance de l'indemnisation du chômage et de la couverture maladie complémentaire ?

La seconde interrogation concerne le rapport entre ces acteurs clés et l'Etat. Les acteurs non-étatiques majeurs sont-ils sous la dépendance de décisions qui relèvent avant tout d'un cap fixé par l'Etat ou ont-ils un réel poids délibératif ?

Une troisième interrogation qui est transversale aux deux premières, porte sur la manière dont l'intégration européenne influence la délibération tant à l'Unedic que dans l'assurance maladie complémentaire. Nous observerons comment le niveau européen influe ou non le processus de délibération tant du côté des acteurs non étatique (européanisation ou non des acteurs) que de l'Etat (étant entendu que la distinction entre Etat et Union européenne est parfois floue).

1/ Les acteurs non étatiques de la délibération politique

Le premier domaine étudié est donc celui de l'indemnisation du chômage. Plus précisément, nous étudierons la délibération sur le droit à ressources des chômeurs dans le cadre du régime d'indemnisation conventionnelle du chômage.

A l'UNEDIC, la régulation est officiellement et depuis la naissance du régime en 1958, sous la responsabilité d'acteurs non-étatiques à travers la négociation collective et la gestion paritaire du régime obligatoire d'assurance-chômage. Cinq organisations syndicales (CGT, CFDT⁶, FO, CFTC, CGC) et trois organisations patronales (MEDEF, CGPME, UPA⁷) négocient les conditions et les montants de l'indemnisation du chômage (et contributions afférentes). L'UNEDIC est réputée pour être un véritable régime paritaire, dans lequel l'indépendance des partenaires sociaux est forte, à la différence du régime général de Sécurité sociale considéré comme largement subordonné aux exigences de l'Etat. Les acteurs et les formes de la délibération politique y sont particulièrement stables. La dernière réforme de la négociation collective à travers la loi du 4 mai 2004 n'a d'ailleurs, au niveau spécifique qu'est l'échelon interprofessionnel, pas modifié de manière substantielle les règles en vigueur. La seule innovation légale a été de conditionner la validité d'un accord interprofessionnel à sa souscription par une majorité d'organisations ou plutôt à la non contestation de cet accord par une majorité d'organisations. Cette innovation apparaît de pure forme puisque les accords interprofessionnels ont presque toujours suivis cette configuration « majoritaire » avant même que la nouvelle loi l'impose (nous revenons sur ce point dans le corps du texte).

La « gouvernance » de l'UNEDIC prend donc la forme de la négociation collective qui se conçoit traditionnellement comme « *le lieu où se construisent les accords collectifs, globaux ou locaux, grâce auxquels des acteurs se reconnaissent simultanément coopératifs et antagonistes et*

⁶ En 1964, la CFTC éclatera en deux organisations, CFDT et CFTC « maintenue ». La CFDT n'apparaîtra donc comme partenaire à l'UNEDIC qu'à cette occasion.

⁷ La CGPME ne rejoindra les rangs des négociations du régime UNEDIC qu'en 1979. Née en 1975, l'UPA n'a acquis le statut de représentativité interprofessionnelle qu'en 1982 et n'a intégrée l'UNEDIC qu'en 1988.

produisent des règles de gestion de leur coopération »⁸. La décision à l'UNEDIC s'apparente *a priori* à un compromis entre cinq organisations syndicales et trois organisations patronales. L'idée même de confier à la négociation collective interprofessionnelle le soin de régir un régime d'assurance-chômage suppose une régulation qui n'a rien de stato-centrée, mais au contraire multipolaire si l'on s'accorde à voir dans les différentes organisations syndicales et différentes organisations patronales des pôles différents. L'Etat n'est bien sûr pas absent du processus, ne serait-ce parce qu'il a la responsabilité d'agréer les conventions, mais la négociation collective comme mode de régulation de l'UNEDIC peut être confrontée à l'idée de gouvernance comme mode de délibération qui associent des acteurs divers formulant ensemble des décisions. C'est à cette confrontation que nous consacrerons l'analyse de la négociation UNEDIC de fin 2005 de laquelle a débouché la convention UNEDIC 2006.

En dernier lieu, notons que le terme même de gouvernance est le plus souvent étranger au langage des acteurs de l'UNEDIC à l'exception des représentants patronaux qui y ont recours à de rares occasions. Le vocable est bien toujours celui de la négociation collective et du paritarisme.

Le second domaine étudié concerne les institutions complémentaires de couverture santé. Nous avons affaire à une toute autre structuration de la prise en charge du risque puisqu'il s'agit de régimes facultatifs⁹, proposés par des acteurs différents dans leur histoire et leurs intérêts (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances) et en concurrence sur un marché qui s'est peu à peu institutionnalisé dans les années 1980 sous l'effet de lois françaises mais aussi de directives européennes. Si ces acteurs, à travers leurs organisations représentatives, n'étaient pas absents de la délibération politique sur le secteur, leur institutionnalisation politique n'est en aucune mesure comparable à l'institution du paritarisme dans l'UNEDIC. La loi de 2004, qui transforme les modalités de régulation de la couverture santé dans son ensemble, vient en partie corriger ces différences. Cette loi institue notamment une structure chargée de représenter à part entière les entreprises du secteur de l'assurance maladie complémentaire : l'UNOCAM¹⁰. Dès lors, les complémentaires santé ont à définir des positions politiques et porter des avis dans le cadre de la régulation globale de la couverture santé. La mise en œuvre de cette structure apparaît donc comme un lieu d'observation privilégié de la manière dont les acteurs non-étatiques de l'assurance maladie complémentaire sont en mesure de construire un discours commun, mais aussi de peser les uns par rapport aux autres.

2/ Le rapport entre les acteurs non étatiques et l'Etat

Partant de notre définition de la gouvernance comme pratique de délibération refusant l'hégémonie de l'Etat et lui préférant la participation d'un réseau d'acteurs à la régulation des champs concernés, nous cherchons à mesurer la place des acteurs non-étatiques dans le processus décisionnels lorsque ceux-ci sont confrontés à l'Etat.

La place de l'Etat dans la structuration de l'indemnisation du chômage et la couverture maladie est extrêmement différente. A l'UNEDIC, les décisions sur les critères d'accès à l'indemnisation conventionnelle conditionnent fortement l'étendue de la prise en charge par l'Etat des chômeurs via l'ASS, le RMI ou éventuellement d'autres minima sociaux. La couverture maladie complémentaire est à l'inverse fortement soumise aux décisions du régime obligatoire, lui même fortement inféodé à

⁸ Annette Jobert et Jean Saglio, « Réinstitutionnaliser la négociation collective en France », *Travail et emploi*, n° 100, 2004

⁹ L'affiliation peut être rendue obligatoire par un accord d'entreprise ou de branche.

¹⁰ Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

l'Etat en particulier depuis les réformes d'Alain Juppé et de Philippe Douste-Blazy qui ont considérablement augmenté le rôle de l'Etat dans la gestion de celui-ci¹¹.

Au delà de ces données institutionnelles de départ, nous proposons de juger de l'agencement délibératif à travers l'analyse de deux terrains particuliers.

Dans le cadre du traitement du chômage, nous aurons l'occasion de donner certains éléments sur le poids de l'Etat dans la définition des règles de l'indemnisation du chômage elle-même en interrogeant le sens du partenariat social et l'implication de l'Etat dans celui-ci. Toutefois, c'est un fait conjoncturel dont nous proposons de faire notre terrain de recherche pour tenter de comprendre le lien entre les organisations syndicales et patronales d'une part et l'Etat d'autre part, s'agissant de la couverture du risque chômage. Nous proposons d'étudier la délibération sur les modalités de contrôle et de sanction des demandeurs d'emploi qui avaient été l'objet de propositions par les « partenaires sociaux » finalement refusées par l'Etat en 2000, et qui ont fait l'objet d'une réforme législative et réglementaire en 2005.

S'agissant de la couverture complémentaire santé, nous proposons de nous pencher sur la réforme Douste-Blazy d'août 2004. Nous l'avons dit, cette dernière modifie fortement les modalités institutionnelles de régulation de la couverture santé. La nouvelle configuration institutionnelle mise en œuvre affiche la volonté d'associer les différents acteurs du champ de la santé à la prise de décision, qu'il s'agisse d'experts (HAS et IDS¹²) ou de représentants des professions médicales ou liées à la santé (dont les complémentaires santé via l'UNOCAM), en plus des régimes obligatoires regroupés dans une nouvelle institution (l'UNCAM¹³). Les discours produits à l'endroit de cette réforme mobilisent d'ailleurs largement le terme de gouvernance et l'imaginaire « collaboratif » qui l'entoure. Ainsi, pour juger de la nature réelle de la délibération politique sur la couverture santé complémentaire, l'institution de l'UNOCAM nous offre également un indicateur de la capacité des organisations représentatives des acteurs de l'assurance maladie complémentaire à participer en pratique à la décision, et donc la manière dont l'Etat partage effectivement son pouvoir de délibération. Ce rapport des acteurs de l'AMC à l'Etat doit d'ailleurs être lu par deux entrées. Une première consiste à voir comment les trois fédérations observées (FNMF, FFSA et CTIP) réussissent, notamment avec l'institution de l'UNOCAM, à peser sur les décisions gouvernementales. La seconde consiste à mesurer comment ces mêmes organisations réussissent ou non à établir un nouveau partenariat avec l'assurance maladie obligatoire qui à sa manière incarne également les positions de l'Etat, compte tenu de l'inféodation institutionnelle mise en œuvre.

3/ Eléments de méthodologie et plan du rapport

La première partie est consacrée à la détermination des acteurs non étatiques clés de la délibération politique dans les deux domaines observés repose sur l'analyse de la production discursive écrite des organisations et sur l'examen de la production légale, réglementaire et conventionnelle.

Concernant la négociation UNEDIC de fin 2005, **le chapitre 1 relate l'étude du discours des trois grandes organisations syndicales (CGT, CFDT et FO) et du discours patronal (MEDEF, CGPME) et leur confrontation au résultat de la négociation (accord, convention, règlement).**

¹¹ La réforme Juppé a notamment mis en œuvre la détermination par le Parlement de l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie. La réforme Douste Blazy élargit, aux dépens de ceux des partenaires sociaux, les pouvoirs du directeur de la CNAMTS qui est également celui de l'UNCAM, nouvelle instance réunissant les trois régimes obligatoires d'assurance maladie. Or, ce directeur est nommé par le Ministre. La réforme Douste-Blazy crée également de nouvelles agences de régulation, en particulier la Haute Autorité de Santé (HAS) qui doit fixer les normes et les bonnes pratiques médicales – mais la décision reste celle du Ministre en ce qui concerne les médicaments.

¹² HAS : Haute autorité de santé ; IDS : Institut des données de santé.

¹³ Union nationale des caisses d'assurance maladie.

A cet égard, nous avons mené un travail d'analyse de l'expression écrite des organisations concernées. Nous avons opéré le relevé le plus exhaustif possible de l'expression syndicale sur la négociation dans la presse des trois confédérations au niveau national :

- Pour la CGT : *Le peuple* et *NVO Hebdo*
- Pour la CFDT : *CFDT Magazine*, *Syndicalisme Hebdo* et *Actualités sociales*
- Pour FO : *FO Hebdo*

A cela s'ajoute l'ensemble des communiqués (qui ne sont pas nécessairement publiés dans la presse syndicale). Plus spécifiquement, d'autres éléments ont été étudiés :

- Pour la CGT : un tract, la déclaration liminaire de la 1^{ère} séance de négociation, et deux compte-rendus publics de négociation (séance des 8 et 22 novembre)
- Pour la CFDT : un dossier de presse, sept compte-rendus publics de négociation

Du côté patronal, l'essentiel du discours écrit est composé de déclarations à destination principalement de la presse.

Ce passage en revue est complété et surtout affiné au regard de notre problématique par une série d'entretiens des responsables impliqués dans la négociation Unedic. Nous précisons que les personnes interviewées n'ont pas requis l'anonymat :

- Maurad Rabhi, chef de file de la délégation de la CGT
- Annie Thomas, Vice-présidente puis Présidente de l'Unedic, membre de la délégation CFDT, accompagnée de Jean-Jacques Guille, conseiller confédéral de la CFDT
- Jean-Claude Quentin, chef de file de la délégation de FO
- Alain Lecanu, chef de file de la délégation de la CFE-CGC
- Jean-François Veysset, chef de file de la délégation de la CGPME
- Denis Gautier-Sauvagnac, Président puis Vice-président de l'Unedic, chef de file de la délégation du MEDEF et de la délégation patronale dans son ensemble.

L'analyse conventionnelle et réglementaire concerne :

- l'accord UNEDIC du 22 décembre 2005
- la convention UNEDIC du 18 janvier 2006 et son règlement annexé
- les conventions techniques afférentes à la convention générale (conventions ANPE-UNEDIC et conventions Etat-ANPE-UNEDIC)

S'agissant de l'assurance maladie complémentaire, le travail que nous proposons aujourd'hui s'agissant du **repérage du poids des acteurs non étatiques du secteur de la complémentaire santé, de leurs logiques propres et de la mise en œuvre de l'UNOCAM (Chapitre 2)** s'est appuyé :

- Sur l'analyse des contenus des journaux des trois organismes représentatifs siégeant à l'UNOCAM entre janvier 2004 (date du rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) et aujourd'hui¹⁴ :
 - o *L'AFIM* (agence fédérale d'information mutualiste) publié par la FNMF : quotidien qui n'est pas en libre accès mais qui donne une représentation fidèle des positions de la fédération.
 - o *Assurer*, bimensuel de la FFSA en accès libre.
 - o *La lettre de la prévoyance collective* du CTIP qui paraît deux fois par an et est accessible librement.

¹⁴ Notons qu'il existe une dissymétrie quantitative entre la production de la mutualité et celle des autres organismes d'assurance maladie complémentaire. En effet, il existe beaucoup plus de matière dans une publication quotidienne comme *l'AFIM*, dont la préoccupation principale est justement la complémentaire maladie, et les journaux des assureurs et des institutions prévoyance qui, s'ils sont plus étoffés que *l'AFIM*, proposent à l'analyse moins d'éléments d'autant plus que la santé est un thème moins central pour les assureurs et les IP.

- Sur l'analyse des positions des organismes auxquels ces organismes sont affiliés au niveau international ou européen :
 - o L'AIM : Association internationale de la mutualité
 - o L'AEIP : Association européenne des institutions paritaires de protection sociale
 - o Le CEA : Comité européen des assurances.
- Sur l'analyse des directives européennes d'assurance et des conséquences de leur transposition sur les assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance.
- Sur des entretiens auprès de responsables des fédérations d'organismes complémentaires : la FNMF, le CTIP, la FFSA et le GEMA. Et sur l'entretien du secrétaire général administratif de l'UNOCAM.

La seconde partie de ce rapport intermédiaire est consacrée au rapport entre l'Etat et les acteurs non étatiques des domaines étudiés.

Le chapitre 3 procède à l'examen comparé des trois propositions de convention¹⁵ des signataires de 2000 (à l'égard du contrôle et des sanctions des demandeurs d'emploi) et de la réforme de 2005 des modalités de contrôle de la recherche d'emploi (loi de Cohésion sociale du 19 janvier 2005, précisée par un décret du 2 août 2005 et par une circulaire de la DGEFP du 5 septembre 2005).

L'examen est appuyé par les entretiens des responsables syndicaux et patronaux déjà cités mais aussi de responsables administratifs :

- le directeur du service des affaires juridiques de l'UNEDIC (interviewé à deux reprises)
- le chargé de mission en charge de l'UNEDIC et de l'ANPE au cabinet du ministre délégué aux relations du travail
- le directeur juridique de l'ANPE
- le chef de mission « indemnisation du chômage » à la DGEFP

Le quatrième chapitre propose l'analyse du partage de la délibération politique entre Etat et acteurs non-étatiques s'agissant de la couverture santé complémentaire. Le travail repose, outre sur les éléments précités pour le chapitre deux, sur l'analyse de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 et ses conséquences pour les complémentaires santé, ainsi que sur les débats parlementaires la concernant, sur une analyse de la convention dentaire du 18 juin 2006, et enfin sur les entretiens précédemment cités, ainsi que sur des entretiens réalisés auprès de responsables de la CNAM et un entretien à la DSS.

En tout il a été réalisé 17 entretiens pour cette recherche sur l'UNOCAM.

La plupart des interviewés ont été très attentifs quant à l'usage qui serait fait des entretiens. Seul un mutualiste a accepté que nous utilisions son interview sans relecture de sa part. Et, la plupart du temps, le contrôle des parties qui paraîtraient dans le rapport était une condition de l'obtention d'un rendez-vous et de l'enregistrement des entretiens. Les citations ont donc, pour la plupart, été relues avant d'être publiées ici. Beaucoup ont connu des modifications de la part de leurs auteurs, mais qui ont rarement changé le fond de ce qui était dit. Quasiment toutes les citations qui ont été proposées aux interviewés ont pu être publiées mais la condition de l'anonymat des personnes qui nous ont consenti un entretien, voire même de ne pas toujours citer le type d'organisme dont ils sont issus, est apparue nécessaire.

Seuls les deux membres du CTIP que nous avons pu rencontrer ont absolument refusé que leurs interventions paraissent dans le rapport après avoir reçu nos propositions de citations. Nous avons donc retiré ces citations. Il nous semble que cette réaction peut en partie s'expliquer par la complexité de la situation du CTIP, que nous allons exposer dans la suite de ce rapport.

¹⁵ Et règlement annexé

Partie 1
Repérer les acteurs non-étatiques clés

Chapitre 1

Les discours syndicaux lors de la négociation UNEDIC 2005 : qui pèse dans la définition de l'indemnisation des chômeurs ?

S'intéresser à la délibération politique à l'UNEDIC, c'est s'intéresser à la négociation interprofessionnelle. Les textes confèrent à toutes les organisations syndicales et patronales habilitées à négocier une égalité de poids et de rôle dans la décision. Pour qu'il y ait délibération multipolaire dans l'assurance-chômage, il faut que les négociations qui en déterminent les règles de fonctionnement ne soit pas de pure forme. Or, l'expérience de la négociation de 2000, dont la durée et la vivacité des affrontements¹⁶ rendaient particulièrement lisibles les modalités de la délibération politique dans l'assurance-chômage, comme la longue tradition d'accords UNEDIC, nous pousse à l'hypothèse que le processus de décision n'est pas nécessairement partagé entre tous les participants aux négociations (1).

Pour vérifier ou non cette hypothèse nous proposons d'interroger la négociation de fin 2005 dans le but de repérer les acteurs non-étatiques qui participent réellement à la délibération politique sur l'indemnisation du chômage, qui pèsent sur les contenus des conventions. A cet égard, nous proposons de vérifier comment les positions et revendications de chacune des principales organisations syndicales participant aux négociations (2), orientent ou non les contenus de la future convention Unedic 2005 (3).

En confrontant les revendications et représentations des formes légitimes de l'indemnisation du chômage telle que les organisations syndicales les pensent aux modalités en vigueur de cette indemnisation, nous affirmons que le contenu négocié explique fondamentalement le comportement des acteurs. Pour autant, bien que nous ne voulions pas tomber dans une analyse de la négociation comme un partage cynique du pouvoir, il est évident que des enjeux extérieurs au strict contenu conventionnel entrent également en ligne de compte.

1. Mise en contexte de la négociation

1.1. Une histoire des négociations UNEDIC

L'histoire des négociations UNEDIC peut se résumer à l'histoire d'une « alliance » entre le patronat et une organisation syndicale : FO dans une première période qui va de 1958 à 1992, la CFDT depuis 1992. Fondée le 31 décembre 1958, l'indemnisation conventionnelle et interprofessionnelle du chômage doit sa naissance, selon les modalités institutionnelles qui la président, à l'association d'intérêt du CNPF et de FO. A l'image de toute la protection sociale complémentaire, l'UNEDIC est construite sur les bases d'un contournement du régime général, de la gestion ouvrière et du pouvoir de la CGT qu'il incarne. Cette « sécurité sociale bis », dont l'UNEDIC est une composante,

¹⁶ Les premières rencontres sur le renouvellement de la convention débutent fin 1999, mais les nouvelles modalités d'indemnisation ne trouveront leur terme définitif qu'avec la loi DDOSEC (diverses dispositions d'ordre social, économique et culturel) de juillet 2001. Cependant, la dimension remarquable de cette négociation ne tient pas tant à sa durée qu'à son « intensité ». Les organisations syndicales et, dans une moindre mesure, patronales, se sont montrées particulièrement prolixes sur le sujet. Les oppositions entre les organisations, entre les signataires et les non-signataires, entre les signataires et le gouvernement, donnent lieu à un important travail de justification sur les positions des acteurs en présence. L'étude de la production écrite confédérale (Cf. Jean-Pascal Higelé, *L'alliance MEDEF-CFDT dans la négociation UNEDIC de 2000 : l'affirmation du droit à l'emploi contre le droit au salaire des chômeurs*, Thèse de doctorat, 2004.) montre l'importance discursive sur le sujet : Corpus CFDT : 37781 occurrences soit 38 articles de presse confédérale, 4 tracts, 8 déclarations-communiqués, 5 compte-rendus de négociations et 4 argumentaires ; Corpus CGT : 56051 occurrences soit 41 articles, 3 tracts, 33 déclarations, 1 compte-rendu et 4 argumentaires ; Corpus FO : 44662 occurrences soit 52 articles, 3 tracts et 33 déclarations ; Corpus MEDEF : 16739 occurrences soit 8 articles, 11 déclarations et 3 argumentaires et documents de travail.

va imposer le paritarisme numérique et la représentativité décrétée (non électorale) comme forme légitime de délibération politique et de gestion (en opposition à la gestion ouvrière à majorité syndicale du régime général avec élections dans les caisses)¹⁷. FO a tout intérêt à la représentativité décrétée à l'époque, puisque la légitimité qu'elle ne tire pas de l'élection, la CGT pesant bien davantage dans le salariat, FO va l'obtenir de l'Institution de la négociation. Le pendant de la présomption de représentativité tient dans la légitimité de l'accord minoritaire que le paritarisme numérique rend possible puisqu'il suffit d'une seule organisation syndicale signataire pour permettre à un accord d'être valide. Pour sa part, le patronat a lui également tout intérêt à contourner la CGT et faire de FO son interlocuteur, ce dernier étant plus prompt au compromis, de même qu'il a intérêt à contourner le régime général et sa tutelle étatique¹⁸.

Dans ce cadre institutionnel des négociations UNEDIC, de 1958 à 1992, FO et le CNPF vont constituer un duo qui va de convention en convention définir le contenu du droit à ressources des chômeurs. Pas un accord ne se conclut sans la signature de FO. Toutefois, au début des années 1990, cette position de partenaire privilégié du patronat va échapper à FO au profit de la CFDT¹⁹. En 1992, et ce pour la première fois depuis la naissance du régime presque 35 ans plus tôt²⁰, FO ne signe pas la convention d'assurance chômage. La Présidence de l'Unedic qui lui revenait historiquement en alternance avec le patronat, va à la CFDT. Depuis cette date, c'est l'association de la CFDT et du patronat qui régit les modalités de l'indemnisation et plus un accord ne se fait désormais sans la signature de la CFDT.

L'accord de 1992 marque donc le basculement de partenaire du patronat à l'UNEDIC, la CFDT remplaçant FO lorsqu'il a fallu faire le choix de la restriction budgétaire « pour sauvegarder le régime paritaire ». Huit ans plus tard, la CFDT va imprimer de sa marque le fonctionnement de l'assurance-chômage mais de manière non plus défensive (pour « sauver le régime ») mais offensive en faisant valoir les orientations sur l'activation des dépenses et des chômeurs²¹ dont elle a fait sa priorité revendicative depuis le milieu des années 1990.

1.2. Les négociations UNEDIC depuis 2000

Ces 25 dernières années, l'indemnisation par l'assurance-chômage a connu trois réformes majeures dans son fonctionnement. La 1^{ère} qui inaugure le modèle actuel d'indemnisation du chômage s'articule autour du décret de 1982, qui met en œuvre les filières d'indemnisation, et de l'accord de 1984, qui segmente les publics et les modes d'indemnisation entre un système public de solidarité nationale²² et un système conventionnel de solidarité professionnelle. La seconde réforme d'ampleur fut l'introduction de la dégressivité des allocations en 1992. Enfin, le dernier changement majeur dans les formes de distribution des droits par l'UNEDIC est négocié lors de l'année 2000 et s'incarne dans la mise en œuvre du PARE dont la déclinaison concrète à travers le PAP (projet d'action personnalisé) consacre l'activation des dépenses et des chômeurs. Si le thème de l'activation n'est pas à l'époque nouveau à l'Unedic, ni en discours, ni en actes²³, le caractère systématique et de grande échelle de la procédure d'activation des demandeurs d'emploi marque

¹⁷ Bernard Friot, « Régime général et retraites complémentaires entre 1945 et 1967 : le paritarisme contre la démocratie sociale », *Revue de l'IRE*, n°24, printemps-été 1997, pp.107-130.

¹⁸ Gilles Pollet et Didier Renard, « Le paritarisme et la protection sociale. Origines et enjeux d'une forme institutionnelle », *Revue de l'IRE*, n°24, printemps-été 1997, pp.61-80.

¹⁹ Gérard Adam, *La refondation sociale à réinventer*, éd. Liaisons, 2002, 144 p.

²⁰ Si on exclut 1982 où les négociations avaient échouées, laissant au gouvernement Mauroy le soin d'organiser par décret le régime avant que l'accord de 1984 ne prenne le relais.

²¹ Notons que nous distinguons activation des dépenses et des chômeurs qui sont pourtant souvent confondu dans le langage courant. L'activation des chômeurs est constituée de l'ensemble des mesures en charge de permettre le retour en emploi du chômeur. L'activation des dépenses n'est qu'une modalité de financement de l'activation des demandeurs d'emploi, qui consiste à réaffecter les ressources finançant l'indemnisation pour des mesures de retour à l'emploi.

²² Cela correspond à la création de l'allocation spécifique de solidarité (ASS).

²³ Les dispositifs d'« activation » à l'Unedic avant 2000 : 1986 : *activités réduites* ; 1988 : *convention de conversion et AFR* ; 1994 : *convention de coopération*.

une évolution importante du fonctionnement du régime. En cela, la négociation 2000 fut une étape importante de l'histoire de l'assurance-chômage dont le résultat structure encore en 2005 les modalités du droit à ressources des chômeurs.

Cette négociation de 2000 se déroule dans un contexte d'excédents budgétaires et de recul du chômage. Dès le départ, les débats se focalisent sur l'accompagnement vers l'emploi des chômeurs avec le projet de mis en œuvre d'un Contrat d'aide au retour à l'emploi (CARE) rapidement transformé en Plan d'aide au retour à l'emploi (PARE). En effet, le patronat, en pleine opération de « Refondation sociale », avait réussi à orienter la négociation en s'appropriant notamment les thèmes chers à la CFDT que sont l'activation des dépenses et l'aide au retour à l'emploi. Bien qu'améliorées, avec notamment le terme mis à la dégressivité du montant des allocations, les formes de l'indemnisation n'avaient pas été au cœur de la négociation, ce que les marges financières permises par les excédents budgétaires de l'UNEDIC pouvaient pourtant laisser augurer. La convention de 2001 acte le choix de consacrer l'essentiel de ces excédents du régime à une réduction progressive des cotisations sociales²⁴ plutôt qu'à l'amélioration de l'indemnisation du chômage. Cette option révèle avant tout l'incapacité de FO et de la CGT, pour qui la priorité de réaffectation budgétaire devait être en direction de l'indemnisation, à peser sur le contenu des discussions et des accords. Ces deux organisations ont buté à la fois sur l'attachement du MEDEF et de la CFDT à la réforme qu'ils mettaient en œuvre, mais aussi sur l'impossibilité de trouver leur place dans le face-à-face qui opposa le gouvernement Jospin et les signataires de l'accord lorsqu'il a fallu traduire en convention l'accord signé.

Malgré le leadership apparent du patronat, en termes de propositions, d'organisation générale de la négociation *via* la Refondation sociale, l'organisation pour qui les revendications initiales ont été les plus satisfaites en 2000, sans compromis véritable, est la CFDT. Cette victoire sur le contenu tient bien entendu à la convergence de vue de la CFDT et de la nouvelle équipe du MEDEF (notamment Denis Kessler) sur l'intérêt de l'activation des dépenses et des chômeurs. Mais force est de constater que la CFDT doit pour partie à l'Etat la conformité de la convention à ses revendications. Le gouvernement de l'époque a opposé deux refus d'agrément aux signataires obligeant ceux-ci à revoir leur copie. Malgré les envolées formelles de la CFDT sur « *la mise sous tutelle du paritarisme* », ces deux refus successifs ont à chaque fois permis de rapprocher le contenu de la convention du contenu que la CFDT aurait pu décrire comme idéal : un système d'aide au retour à l'emploi de grande échelle (dont le financement est d'autant plus assuré que le gouvernement a exigé certaines garanties) et une amélioration de l'indemnisation (l'élargissement de la période de référence de la 1^{ère} filière étant obtenue grâce au gouvernement).

Le résultat conventionnel de cette négociation houleuse fut donc avant tout le fait de trois protagonistes : le MEDEF décidé à jouer la carte de la négociation contre l'intervention de l'Etat, la CFDT qui voit sa thématique de l'activation des chômeurs consacrée, et l'Etat qui s'est fait négociateur de fait en exigeant des transformations du contenu de la convention. La CGT et FO se sont retrouvées marginalisées, tandis que la CGC et la CFTC servaient à leur manière, et malgré certains soubresauts, de force d'appoint des signataires.

Toutefois, cette négociation s'est faite dans un contexte de décrue du chômage, d'excédent budgétaire du régime, à un moment où le patronat voulait se réimplanter dans la négociation collective interprofessionnelle²⁵ après le « camouflet des 35 heures ». Et si l'on veut tirer de la négociation de 2000 des éléments d'appréciation de la négociation de 2005, c'est également à la

²⁴ Alors que la convention de 1997 fixait à 6,18% le taux de cotisation, dans la proposition de convention du 19 octobre qui sera agréée, les contributions sont fixées comme suit : 5,80% à compter du 1^{er} janvier 2001, 5,60% au 1^{er} janvier 2002 et 5,40% à compter du 1^{er} juillet 2002.

²⁵ Sous l'impulsion d'Ernest-Antoine Seillière et de Denis Kessler qui avaient pourtant prêché le contraire à leur arrivée à la tête du CNPF (qu'ils allaient transformer en Medef).

différence de contexte qu'il faut s'attacher. A cet égard, la négociation qui débute en novembre 2005 est toute autre puisque le chômage évolue de nouveau à la hausse depuis trois ans (avec un tassement les derniers mois de 2005) et que le régime accumule les déficits.

Déjà en décembre 2002, CFDT, CFTC, CGC et patronat avait poursuivi leur collaboration de l'année 2000 et réajusté les modalités d'indemnisation et de contribution au régime pour faire face au retournement de conjoncture qui faisait plonger les comptes de l'assurance-chômage. L'accord conclu prévoyait un réajustement de la durée d'ouverture des droits des demandeurs d'emploi par une refonte des filières : on passait de 5 à 3 filières avec pour objectif affiché de rendre plus restrictif l'accès au droit²⁶. Cet accord prévoyait également un rehaussement des cotisations de 0,3 point pour les employeurs et de 0,3 point pour les salariés. Cette révision du contenu de la convention sera ensuite confirmée par la convention du 1^{er} janvier 2004 pour laquelle la configuration signataires-non signataires restera encore la même : CFDT, CFTC, CGC et patronat d'un côté, CGT et FO de l'autre.

Les mesures prises en 2002 seront insuffisantes puisque le régime présente fin 2005 un déficit cumulé de 13,5 milliards d'euros. Ce déficit, qui plus est chiffré à 14 milliards dans les estimations de l'Unedic²⁷ sur lesquelles s'appuient les négociateurs, constitue donc également la toile de fond de la négociation de fin 2005. Le contexte financier du régime, s'il est différemment apprécié du côté syndical et patronal (surmontable pour les premiers et quasi banqueroute pour les seconds) n'offre pas de marges de manœuvre. La négociation de l'année 2000 fut un affrontement de projets, opposant des conceptions différentes de l'indemnisation légitime des demandeurs d'emploi. 2005 laisse plutôt augurer d'un accord défensif. C'est dans ce contexte que nous passons en revue les revendications des différentes parties en négociation.

2. Les revendications des principales organisations syndicales et de la délégation patronale lors de la négociation UNEDIC 2005

Avant de développer le contenu des propositions revendicatives de chacune des parties de la négociation²⁸, il nous faut établir la « grammaire » qui nous permettra d'exprimer les analyses des formes de légitimité du droit à ressources que chacune des organisations étudiées développe. Car l'interprétation du programme revendicatif d'une organisation ne prend tout son sens que lorsqu'il est inscrit dans le cadre idéologique et pratique qui le porte. Pour mieux comprendre les revendications de chaque organisation nous proposons de les confronter au cadre d'analyse des régimes de ressources²⁹. Ces régimes de ressources sont des idéaux-types des droits à ressources établis au croisement du type de financement, du type de prestation, des conditions d'accès et de gestion des ressources.

Pour lire l'exposé des formes légitimes du droit à ressources pour les chômeurs de la CGT, de la CFDT et de FO, trois régimes de ressources sont nécessaires : le salaire différé, le salaire socialisé

²⁶ Notons que cet accord prévoyait également le recalcul des droits déjà ouverts. Il fut à l'origine du conflit des « recalculés » sur lequel les gestionnaires de l'Unedic buteront. L'assurance-chômage sera contrainte, par la Justice puis par le législateur, de rétablir dans leurs droits tous ceux dont l'ouverture des droits avait précédé la mise en œuvre de l'accord.

²⁷ L'année 2005 étant non finie, le déficit annoncé est une prévision calculée par les services de l'UNEDIC. L'exercice réalisé montrera que le déficit cumulé s'élève à 13,45 milliards dont 3,2 milliards pour l'année 2005 (source : Unedic)

²⁸ A noter que du côté syndical, nous passons en revue systématiquement les discours et pratiques des seules CGT, CFDT et FO, même si nous nous sommes également penchés sur la CFTC et la CGC mais de manière non systématique. Du côté patronal, nous laissons à l'écart l'UPA, de fait moins concernée par la couverture du chômage, les artisans n'étant pas des employeurs importants.

²⁹ Voir par exemple Bernard Friot, *Le salariat : pour une approche en termes de régimes de ressources*, séminaire du réseau européen RESORE, août 2005, téléchargeable sur le site www.univ-nancy2.fr/ILSTEF/RESORE ; voir également Nicolas Castel, Bernard Friot et Jean-Pascal Higelé, *Recomposition des régimes de ressources et positions syndicales : l'exemple de l'UNEDIC et des retraites complémentaires*, communication au colloque Anthropologues et économistes face à la globalisation, CLERSE, Lille, 16-17 mars 2006.

et l'allocation tutélaire. Nous nous attacherons aux types de légitimités du droit que chacun de ces régimes porte.

Le salaire différé est une ressource qui emprunte à la rente certains principes de définition. Il concerne des prestations dites de remplacement. Le droit à ressources est ici conçu comme le retour des cotisations passées, le principe de contributivité guidant la définition des montants ou de la durée des droits à prestations. Ce retour des cotisations est bien entendu fictif puisque le principe de répartition des régimes qui financent ces salaires différés fait en sorte que les cotisations sociales sont utilisées l'année même où elles sont prélevées : les prestations des uns sont donc toujours financées par les cotisations des autres. Mais le principe de définition du droit à ressources reste guidée par, non pas la neutralité actuarielle difficilement définissable, mais par l'idée que « l'on a droit en fonction de ce que l'on a versé ».

Le salaire socialisé politise pour sa part fortement la définition du droit à ressources. L'idée de contributivité ou contrepartie au droit est étranger au principe de socialisation. L'accès aux prestations relève de la pure décision politique. Le niveau du salaire socialisé est défini, non par la contrepartie en travail passé, présent ou à venir, mais en fonction de la qualification entendue comme attribut politique, sur lequel le conflit salarial s'appuie pour fixer un montant de prestation.

L'allocation tutélaire ou le salaire tutélaire (selon que la ressource s'adresse à un travailleur hors de l'emploi ou en emploi) est un droit à ressources qui est défini par une tutelle (la puissance publique) au nom des manques de ses bénéficiaires (manque d'employabilité³⁰, manque de ressources,...). C'est parce que le travailleur, qu'il soit hors de l'emploi ou dans l'emploi, est désigné comme victime du marché que s'ouvre pour lui un droit à ressources, un minimum social pour aider les « exclus » à vivre, ou une subvention à l'employeur pour aider le travailleur disqualifié à intégrer l'emploi. La tutelle sur le droit intervient alors à deux niveaux : pour établir les conditions de manque qui ouvre droit à ressources (plafond de ressources, niveau de qualification maximum...) d'une part, et les comportements adéquats du bénéficiaire pour continuer à percevoir ce droit (efforts de formation, de présentation, de socialisation...).

Sur la base de ces trois (idéaux) types de droit à ressources, nous pouvons présenter la manière dont les trois organisations syndicales étudiées conçoivent le droit à ressources des chômeurs et en conséquence le sens de leur programme revendicatif lors de la négociation UNEDIC de la fin 2005.

2.1. Les revendications de la CGT

2.1.1. Revendiquer dans les institutions existantes

La CGT revendiquait en 2000 une redéfinition complète du système d'indemnisation et voulait rompre avec le dualisme assurance-solidarité mis en œuvre en 1984. Le projet avancé à l'époque supposait bien plus qu'un accord entre partenaires sociaux, puisqu'il s'agissait d'une refonte complète des institutions d'indemnisation du chômage. Le syndicat revendiquait un système unique d'indemnisation dans lequel la durée des droits ne serait plus liée à la durée de cotisation préalable.

³⁰ Le terme est employé dans sa signification la plus courante, l'employabilité étant entendue comme relevant de qualités individuelles, l'inemployabilité comme relevant de manques quant à la détention de ces qualités. Il faut pourtant dans l'analyse différencier, dans la suite des travaux de Raymond Ledrut (1964), l'employabilité différentielle liée à des caractéristiques individuelles, de l'employabilité moyenne qui relève de caractéristiques indépendantes des individus (conjoncture économique, démographique, etc.). Mais les discours des organisations ne font pas cette distinction et se contentent de la définition opérationnelle telle qu'elle s'est développée dans les années 1990 en particulier (cf. Serge Ebersold, 2001).

La négociation Unedic de 2005 s'engage sur des bases plus modestes pour la CGT. L'organisation a certes développé son projet de Sécurité sociale professionnelle depuis quelques années³¹, mais elle ne met plus en avant la fusion des régimes Unedic et de solidarité et préfère en quelque sorte revendiquer « dans l'immédiat ». La CGT semble, le temps de cette négociation³² au moins, s'être accommodée de l'organisation institutionnelle qui scinde en deux le public des chômeurs mais qui de fait induit les modalités de leur prise en charge : allocation tutélaire au nom de la solidarité nationale pour les uns, salaire différé au nom de la solidarité professionnelle et du droit acquis pour les autres. Le discours et les revendications cégétistes sont bien celles d'une négociation dans le cadre de l'Unedic.

Le chef de file de la délégation, Maurad Rabhi, affiche cette position comme un changement de stratégie syndicale. « *Il y a eu changement de négociateur, c'était quelqu'un du public qui s'occupait des négociations, moi je suis quelqu'un du privé. Donc moi je suis secrétaire général d'une branche « textile habillement cuir », branche qui perd en moyenne 2000 emplois. Je vous dis ça pourquoi ? Parce que le lien travail chômage on connaît et les outils qui permettent d'aider justement une personne à repartir vers l'emploi, on connaît aussi* »³³. Cette transformation d'équipe se veut être un changement de comportement dans la négociation: « *le jeu de la CGT ce n'était pas de se démarquer et de faire comme les autres fois « hors de question, on ne discute pas ! », on avait fait notre grand discours sur le démarrage et après on était sur la défensive. Mais c'était de pousser sur les mesures et différents points », « si on voulait changer l'approche au niveau de la CGT, il fallait plusieurs choses : 1. des personnes qui gravitent autour du chômage, emploi chômage. 2. des propositions crédibles abordables pour l'opinion publique, ça c'est important. Il y a ce que nous on propose à long terme et ce qu'on propose dans le cadre d'une négociation. (...). Donc c'était sous cet angle que j'avais décidé d'aborder la négociation : pragmatique ».*

2.1.2. Des positions traditionnelles sur un droit au salaire

Les grandes lignes de l'analyse cégétiste sont toutefois toujours présentes : « *des moyens existent* » (profits, exonérations de cotisations sociales, aides des collectivités), la question n'est donc pas celle de la pénurie de ressources mais de la répartition de celles-ci. C'est au patronat responsable des licenciements et de la précarité de payer le chômage dont il est responsable. « *Qui doit payer ? Pour la CGT, ceux qui précarisent, suppriment l'emploi et licencient ; ceux qui refusent de reconnaître les qualifications et d'augmenter les salaires au nom de la compétitivité d'entreprise* »³⁴.

La CGT part à la négociation avec des revendications inchangées par rapport à 2000 s'agissant des modalités générales de l'indemnisation : 80% du salaire antérieur avec un minimum de 80% du SMIC revendiqué par la CGT (1400€ brut). Cette indemnisation doit concerner y compris les primo-demandeurs d'emploi et les travailleurs à temps partiels auxquels la CGT propose d'assurer un revenu de remplacement calculé sur un temps plein dont le financement serait assuré par le rehaussement des cotisations patronales à la hauteur de celles versées pour un temps plein. Enfin, la CGT réclame la prise en charge par l'UNEDIC des cotisations aux caisses de retraite complémentaire.

³¹ « *Nos propositions s'inscrivent dans un processus de construction de la Sécurité Sociale Professionnelle dans le cadre d'un nouveau Statut du Travail Salarié* » (CGT, « *Les principales exigences portées par la délégation CGT lors des négociations de l'assurance chômage* », 25 octobre 2005).

³² Cette négociation est aussi le baptême du feu d'un nouveau chef de file en la personne de Maurad Rabhi.

³³ Entretien avec Maurad Rabhi, chef de file de la délégation CGT, 17 mai 2006.

³⁴ CGT, tract « *Renégociation de l'assurance-chômage, nous sommes tous concernés* », 11 octobre 2005.

2.1.3. Un contexte budgétaire que la CGT ne peut ignorer

Dans le contexte budgétaire difficile de l'Unedic, la CGT cherche « à rendre le régime d'assurance chômage plus équitable tout en lui assurant une meilleure viabilité financière »³⁵. Elle met en avant trois propositions concernant les ressources du régime³⁶ :

- Contrôler les fonds publics et notamment l'état des aides publiques d'entreprises pour lesquelles il y a « admission en non valeur » de cotisations patronales impayées ;
- Paiement de l'intégralité du revenu de remplacement par l'entreprise dans le cas où celle-ci licencie alors même qu'elle, ou le groupe auquel elle appartient, réalise des profits;
- Et enfin, mesure fortement médiatisée de cette négociation, la majoration des cotisations pour les entreprises qui multiplient les contrats précaires : « la CGT propose de conserver le taux de la cotisation patronale de 4% pour les emplois en CDI, mais de le porter à 9% pour les CDD et à 13% pour les contrats d'intérim et les contrats "nouvelle embauche" »³⁷ ce qui, selon la CGT, outre l'effet dissuasif au recours à la précarité, permettrait une ressource supplémentaire pour l'Unedic d'environ 4,5 milliards d'euros³⁸.

2.1.4. Le retour en emploi devenu élément incontournable du débat à l'Unedic

La CGT qui s'était opposée au Pare, affirmant aux côtés de FO que la mission de l'Unedic devait se limiter à l'indemnisation³⁹, avance cette fois-ci également certaines revendications concernant les modalités du retour en emploi des chômeurs. Les moyens de l'Unedic alloués au retour en emploi, débat imposé à l'initiative de la CFDT et du Medef en 2000, semble devenu un élément incontournable des négociations. Ainsi la CGT pose ses revendications :

- Mise en œuvre d'un « droit d'entreprendre une formation longue, qualifiante et diplômante »⁴⁰, par opposition aux formations qui cherchent à remettre le plus rapidement en emploi les chômeurs
- Définir « l'offre valable d'emploi » pour encadrer les conditions de radiation par le service public de l'emploi modifiées récemment par une circulaire sur le contrôle des demandeurs d'emploi ; il s'agit notamment de garantir le « droit pour chacun d'occuper un emploi conforme à sa qualification »⁴¹. La CGT semble toutefois relativement isolée dans le camp syndical sur cette exigence⁴². Au delà même, pour Maurad Rabhi, « la CFDT a joué un rôle important sur le fait qu'on écarte la définition de l'offre valable d'emploi »⁴³, car pour afficher des résultats de reclassement la CFDT ne peut, selon le négociateur de la CGT, écarter les contrats très précaires (« des emplois de deux ou trois mois »). Or, définir une offre valable d'emploi reviendrait à afficher l'acceptation de la précarité par les signataires y compris syndicaux⁴⁴.
- Financement intégral des frais résultant de la recherche d'emploi et de la formation (transports, affranchissements, hébergements, inscriptions...) par réaffectation de certaines lignes budgétaires du PARE, notamment « les aides qui profitent actuellement aux

³⁵ CGT, « Intervention lors de la négociation sur l'Unedic du 8 novembre 2005 », 8 novembre 2005.

³⁶ Cette organisation de la présentation des revendications de la CGT nous est propre, elle nous permet de montrer la logique idéologique (au sens le plus neutre de la logique des idées) qui sous-tend le discours et la pratique cégétistes.

³⁷ CGT, « Les syndicats pour la taxation du travail précaire », *NVO Hebdo*, 11 novembre 2005.

³⁸ Evaluation par « Alpha Etudes », cabinet d'expertise proche de la CGT.

³⁹ En pratique la CGT comme FO avaient toutefois fait des propositions sur l'aide au retour à l'emploi, notamment dans le projet de « socle du régime d'assurance chômage » que ces organisations voulaient, avec la CGC qui n'avait pas encore rejoint le camp des signataires, opposer à l'accord du 14 juin 2000 signé par la CFDT, la CFTC et le patronat.

⁴⁰ CGT, « Unedic : l'analyse et les propositions de la CGT », *Le Peuple*, n°1621, 30 novembre 2005

⁴¹ CGT, « Intervention lors de la négociation sur l'Unedic du 8 novembre 2005 », 8 novembre 2005.

⁴² A ce sujet, voir : CGT, « L'urgence de négocier le contenu de l'Offre Valable d'Emploi », 25 octobre 2005.

⁴³ Entretien avec Maurad Rabhi, chef de file de la délégation CGT, 17 mai 2006.

⁴⁴ L'entretien de Annie Thomas de la CFDT montre toutefois que la CFDT assume ce recours à une certaine précarité lorsqu'elle favorise la « mobilité », voir plus loin.

employeurs⁴⁵ provoquant manifestement plus d'effets d'aubaine qu'elles ne favorisent l'emploi »⁴⁶.

La conception de l'indemnisation légitime du chômage développée par la CGT reste globalement dans la lignée des précédentes à cette différence non négligeable qu'elle est déclinée dans le cadre des missions de l'UNEDIC ce qui lui interdit de mettre en avant la rupture du lien entre cotisation et prestation, sans toutefois renier cette thématique. L'organisation défend donc un droit au salaire indirect pour les salariés privés d'emploi. Ce salaire indirect s'il est traditionnellement perçu comme salaire différé, contrepartie des cotisations passées, prend dans le discours cégétiste une forme parfois plus socialisée que différée, en ne faisant pas de la contrepartie en cotisation la voie légitime unique de l'accès au droit à indemnisation par l'Unedic. C'est notamment le cas pour les primo-rentants sur le marché du travail, mais aussi pour les ex-salariés à temps partiels pour lesquels la CGT réclame cotisations et prestations calculées sur temps plein.

La CGT est donc fidèle, bien que dans des formes atténuées, à sa conception de salaire différé, parfois socialisé au bénéfice de certains publics, qui était déjà sienne en 2000.

2.2. Les revendications de la CFDT

Nous retrouvons les thématiques classiques de la CFDT dans la présentation de ses revendications pour cette négociation 2005. Le salaire différé et tutélaire ainsi que la réaffectation des cotisations dans une perspective de remise en emploi en sont la matrice. Mais au delà, la CFDT, qui essuie les critiques aussi bien interne qu'externe à la suite d'accords réduisant les droits des salariés, se montre fébrile : « *La convention Unedic 2003 arrive à échéance à la fin de l'année. Une convention fortement marquée par l'impact médiatique de la situation des recalculés et de celle des intermittents du spectacle* »⁴⁷.

2.2.1. La CFDT fébrile

La CFDT semble attentive à ne pas réitérer l'expérience de l'accord de décembre 2002, qui, outre le fait d'avoir réduit les droits des nouveaux chômeurs, a eu pour effet de tronquer les droits des allocataires en cours d'indemnisation, ceux que l'on a appelé « les recalculés ». Après une mobilisation sociale et juridique, emmenée notamment par la CGT, ces « recalculés » ont été rétablis dans leurs droits. Cette fois ci, « *la CFDT refuse de toucher aux droits acquis. La convention 2006/2007 s'appliquera aux nouveaux entrants* ». Globalement, mise en cause à l'Unedic sur le régime général comme sur celui des intermittents, mais également sur la question des retraites et des concessions qu'elle a avalisée en terme de remise en cause des droits à cette occasion, la CFDT semble vouloir, le temps d'une négociation, abandonner l'approche strictement comptable qui l'avait poussée à signer le dernier accord de 2002. La CFDT s'évertue donc à dédramatiser la situation déficitaire de l'Unedic en rappelant que le déficit est financé par un emprunt garanti à 85% par l'Etat dont le taux d'intérêt est proche de l'inflation et que les projections de l'Unedic vont dans le sens d'une réduction du déficit : « *Ne dramatisons pas la situation de l'Unedic. Elle peut se retourner très vite, cela a déjà été le cas !* »⁴⁸. Sur cette base Jean-Marie Toulisse acte que « *la CFDT refusera de prendre pour socle de cette négociation la*

⁴⁵ L'UNEDIC accorde une aide financière dégressive dans le temps à l'employeur qui embauche des demandeurs d'emploi en difficulté. Cette aide s'étale sur une période de 1 à 3 ans et correspond à 40% du montant du salaire d'embauche durant le premier tiers de la période, 30% durant le second tiers et 20% lors du dernier tiers.

⁴⁶ CGT, « Intervention lors de la négociation sur l'Unedic du 8 novembre 2005 », 8 novembre 2005.

⁴⁷ CFDT, « Les objectifs de la CFDT pour la future convention Unedic », *Syndicalisme Hebdo*, n°3027, 6 mai 2005.

⁴⁸ Jacques Chêréque interviewé dans *Le Figaro* du 24 octobre 2005.

dette de l'Unedic »⁴⁹. Pour le chef de file de la délégation cédétiste à la négociation, « *si les employeurs donnaient à la négociation l'objectif de trouver 13 milliards d'économie, ce ne serait pas la peine de commencer à discuter* »⁵⁰. Toutefois, il entrouvre immédiatement la porte du compromis en indiquant que, « *en revanche, la négociation doit permettre de retrouver l'équilibre pour l'année 2006* »⁵¹.

S'interdisant de financer le déficit sur le dos des chômeurs, la CFDT se tourne vers l'Etat à qui elle reproche son désengagement depuis 20 ans dans l'indemnisation du chômage : « *Pour la CFDT, il importe de relever la part de l'Etat dans le niveau global d'indemnisation* »⁵². Ce constat d'un retrait de l'Etat ne tient toutefois pas compte du RMI, qui, pourtant, constitue en fait un troisième régime d'indemnisation du chômage (en plus de l'ASS et du régime UNEDIC). De même, la CFDT préfère envisager des précautions pour l'avenir, en proposant d'abonder le fonds de régulation (mis en œuvre par l'accord de 2002) lorsque le bilan budgétaire du régime se révèle positif ainsi qu'« *une clause de révision immédiate des termes de la convention si les prévisions [de conjoncture, ndlr] ne se confirment pas* »⁵³.

Mais au-delà des positions « stratégiques » conjoncturelles, ce qui guide globalement les revendications de la CFDT en 2005 se résume en cette phrase : « *Pour la CFDT, la question n'est pas seulement d'agir sur le montant des indemnisations, au demeurant légitime*⁵⁴, *mais également d'intervenir au maximum pour diminuer le temps de recherche d'emploi* »⁵⁵.

2.2.2. Quels droits à ressources pour les chômeurs ?

La CFDT n'insiste pas sur les principes qui guident ses propositions en matière d'indemnisation. L'adhésion de la confédération au principe des filières dont elle a encore négocié les frontières en 2002 montre que le principe du salaire différé ne lui est pas étranger. D'ailleurs, sans que cette revendication n'apparaisse comme structurante en 2005, la CFDT évoque le fait d'élargir la période de référence de la première filière pour mieux prendre en compte les personnes qui cumulent les emplois précaires : « *Ainsi, au lieu de justifier de 6 mois de travail dans les 22 derniers mois, ce serait dans les 24 derniers mois* ». De même, François Chérèque rappelle que la CFDT veut « *un partage plus juste entre ce qui relève de la solidarité nationale, qui incombe à l'impôt, et ce qui relève de la solidarité professionnelle, donc des cotisations sur le travail* »⁵⁶ traduisant le salaire différé comme forme légitime d'organisation du droit à ressources s'agissant de l'Unedic. Quant à la revendication d'une mise en place d'une allocation d'insertion pour les primo demandeurs d'emploi, la CFDT fait le choix d'interpeller l'Etat et son rôle de solidarité, contrairement à la CGT qui voit dans le financement salarial de cette allocation une forme de justice. Ce point traduit encore une conception du droit à indemnisation par l'Unedic comme salaire différé.

Pour autant le salaire différé n'est pas un droit intouchable et, contrairement à FO (voir plus bas), la CFDT ne fait pas un tabou de transgresser le principe du différé du salaire. Ainsi la CFDT, conformément à ses positions traditionnelles, propose de porter une attention particulière aux bas salaires : « *revalorisation de l'allocation minimale qui touche les salaires inférieurs à 1100 € par mois* »⁵⁷. On peut toutefois envisager cela comme une modalité de différé du salaire. Mais surtout,

⁴⁹ CFDT, « Finances de l'Unedic, pas de diagnostic partagé », *Syndicalisme Hebdo*, n°3051, 17 novembre 2005.

⁵⁰ CFDT, « 3 questions à Jean-Marie Toulisse », *CFDT Magazine*, n°317, 24 octobre 2005.

⁵¹ CFDT, « 3 questions à Jean-Marie Toulisse », *CFDT Magazine*, n°317, 24 octobre 2005.

⁵² CFDT, « Négociation Unedic : dossier de presse », novembre 2005.

⁵³ CFDT, « Négociation Unedic : dossier de presse », novembre 2005.

⁵⁴ L'article note toutefois plus loin que « *la CFDT n'acceptera pas de réduction du montant des indemnisations* »

⁵⁵ CFDT, « Négociations Unedic : chacun doit prendre ses responsabilités », *CFDT Magazine*, n°317, 24 octobre 2005.

⁵⁶ François Chérèque interviewé dans *Le Figaro* du 24 octobre 2005.

⁵⁷ CFDT, « Négociation Unedic : dossier de presse », novembre 2005.

le droit n'est pas déclenché par le seul fait d'avoir cotisé (en plus de la réalisation du risque). La CFDT se distingue historiquement par sa volonté de mettre les ressources du régime Unedic au service d'une politique de remise en emploi des chômeurs. « *La CFDT a largement contribué à élaborer la double mission de l'Unedic : garantir un revenu de remplacement aux personnes involontairement privées d'emploi et mettre en œuvre les mesures nécessaires pour faciliter leur retour en emploi* »⁵⁸. Cette position a eu sa traduction la plus achevée par la mise en œuvre en 2000 du PARE-PAP, nous l'avons évoqué. Jean-Marie Toulisse propose en 2005 que « *la future convention marque une étape dans l'augmentation progressive des mesures actives* » par « *l'intensification et la diversification des interventions du dispositif du Pare, dans le cadre de la nouvelle organisation du service public de l'emploi* », référence notamment aux nouvelles maisons de l'emploi et à l'avancée vers le système de guichet unique⁵⁹.

Plus précisément, la CFDT avance trois propositions :

- une indemnité différentielle de reclassement dont l'objet serait de compenser la baisse de rémunération en cas de reprise d'emploi à un salaire inférieur. La CFDT s'inscrit dans la logique du salaire tutélaire.
- une « *orientation précoce à partir d'un entretien renforcé et un accompagnement différencié avec un correspondant référent* »⁶⁰. Il s'agit de renforcer la logique d'individualisation et de suivi inscrite dans le Pare (forme de tutelle sur le droit au salaire indirect puisqu'il s'agit de définir les manques du chômeurs et de prescrire un comportement adéquat en contrepartie du droit à indemnisation).
- « *la mise en place d'un plan massif d'accès à la qualification des demandeurs d'emploi* ». La CFDT précise que « *l'adéquation offre et demande d'emploi, qui doit devenir un thème prioritaire, nécessite des réorientations ou des reconversions* » et demande à cet effet que les demandeurs d'emploi aient les mêmes droits à la formation que les actifs et notamment le DIF (droit individuel à la formation) et la VAE (validation des acquis de l'expérience). On retrouve dans cette perspective adéquationniste de l'insertion la logique des « métiers en tension » développée par le service public de l'emploi. Toutefois, dans son bilan du PARE, la CFDT note que si « *les aides à la formation dans le cadre du Pare sont de mieux en mieux ciblées pour répondre aux besoins prioritaires locaux et donnent des taux de reclassement intéressants, il manque cependant une dimension dans les priorités retenues : celles des formations plus lourdes pour répondre à des besoins de reconversion* ». La logique de retour à l'emploi le plus rapide l'emporte, ce que regrette la CFDT bien que ce fut prévisible⁶¹.

2.2.3. « *Agir contre l'abus de précarité par les entreprises* »⁶²

Au delà de la dimension « curative » qui consiste à élargir la période de référence de la première filière, la CFDT, comme les autres organisations syndicales, propose de prendre des mesures à l'encontre des employeurs ayant recours à la précarité. « *Nous voulons mettre en débat le problème des cotisations des entreprises selon leur comportement vis-à-vis des contrats de travail. Celles qui abusent des CDD mettent en difficulté l'Unedic car l'indemnisation est bien supérieure aux cotisations qu'elles paient* »⁶³. Plus spécifiquement, « *la CFDT propose d'augmenter la prime de*

⁵⁸ CFDT, « Les objectifs de la CFDT pour la future convention Unedic », *Syndicalisme Hebdo*, n°3027, 9 mai 2005.

⁵⁹ CFDT, « Les objectifs de la CFDT pour la future convention Unedic », *Syndicalisme Hebdo*, n°3027, 9 mai 2005.

⁶⁰ CFDT, « Négociation Unedic : dossier de presse », novembre 2005.

⁶¹ Voir à ce sujet cet article pourtant déjà ancien qui montre comment les modalités de la formation conduisent à cette logique de formation à court terme : GELOT Didier, LEVY Catherine et PELLETIER Willy, « La nouvelle convention d'assurance-chômage : de la formation au formatage des demandeurs d'emploi », *Droit Social*, n°6, juin 2002.

⁶² CFDT, « Négociation Unedic : dossier de presse », novembre 2005.

⁶³ Jacques Chêrègue interviewé dans *Le Figaro* du 24 octobre 2005.

précarité des CDD, par exemple jusque 15% du salaire brut. Le salarié en fin de contrat percevrait toujours 10%, le surplus étant versé à l'Unedic pour mieux indemniser les personnes qui se retrouvent ainsi au chômage »⁶⁴.

Si la question de la taxation de la précarité est également un point de vue affiché par la CFDT, les modalités avancées par la CFDT traduisent aussi une différence de conception de la fonction même de cette contribution spécifique aux contrats précaires, comparées aux propositions de FO et de la CGT. « Surtaxer » la fin de contrat précaire plutôt que le contrat précaire lui-même, revient à accepter d'une certaine manière la précarité tout en la sécurisant, conformément au principe de flexicurité dont la CFDT se revendique à travers l'idée de sécurisation des parcours professionnels⁶⁵. Annie Thomas le reconnaît explicitement lorsque la question lui est posée :

« Interviewer : *l'idée de taxer la fin du contrat plutôt que...*

Annie Thomas : *plutôt que le début, oui.*

Interviewer : *...c'est aussi accepter le fait qu'il y ait des contrats précaires mais en accompagnant finalement les évolutions...*

Annie Thomas : *oui, oui, tout à fait »*

Annie Thomas reformule toutefois le propos : « *On ne refuse pas la mobilité, mais ceux qui abusent de la mobilité, et en abusant de la mobilité, mettent leurs salariés en précarité, ceux-là sont taxés. Parce que, nous, on trouvait idiot de commencer à taxer un contrat CDD parce qu'on sait très bien que souvent, une fois sur deux, un contrat CDD se poursuit en CDI. On sait très bien que les chefs d'entreprises, ils ont besoin de tester les salariés (...) c'est un peu dommage de taxer cette démarche là. Voilà pourquoi on voulait taxer à la fin, quand vraiment il y a réalité de rupture de contrat »*. La CFDT était donc hostile à la revendication de taxation des emplois précaires portée par FO ou la CGT, car « *taxer les emplois précaires, c'est taxer des emplois, toujours, c'était un peu délicat pour nous »⁶⁶* : derrière cette phrase il y a l'analyse que le coût du travail pèse sur l'emploi.

Si l'ensemble des organisations syndicales se retrouve sur l'idée d'agir à l'encontre des employeurs qui usent de la précarité, les modalités de leur contribution traduisent tout de même des conceptions différentes. Pour la CFDT, c'est l'abus de précarité plus que la précarité (qui est aussi une mobilité) qui doit être taxé.

La CFDT reste donc globalement fidèle à ses positions sur l'« activation des dépenses » de l'Unedic. Forcée dans la crise de l'emploi et la politique de « recentrage » qui l'accompagne au début des années 1980, l'action syndicale est conçue comme dirigée *avant tout* vers la création d'emploi, parfois au détriment de sa qualité. C'est cette orientation qui mène la centrale syndicale à transgresser la norme de légitimité du droit à ressources qu'est le salaire différé au profit de formes tutélaires de ce salaire différé (le droit n'est pas seulement conditionné aux cotisations préalables, mais aux efforts de recherche d'emploi). De même, l'objectif de création d'emploi justifie une réaffectation des cotisations sociales au financement du retour à l'emploi plutôt qu'à l'amélioration du salaire indirect, au nom de ce que l'on pourrait qualifier de droit à l'employabilité. Au delà de cette tradition revendicative à laquelle la négociation 2005 n'échappe pas, la CFDT paraît peut-être moins offensive que par le passé. Le passif accumulé, notamment avec l'affaire des recalculés et des intermittents, comme les nombreux efforts demandés aux chômeurs en 2002, la font entrer dans la négociation avec le refus de voir les droits des chômeurs reculer. La dégressivité autrefois signée par la CFDT et envisagée à nouveau par le patronat ne trouvera cette fois pas de soutien de son côté. L'ouverture à la thématique fortement portée par FO d'une « taxation de la précarité » prend également des formes qui ne démentent pas l'orientation qui structure l'ensemble des positions de la

⁶⁴ CFDT, « L'accompagnement des demandeurs d'emploi, objectif prioritaire », *Syndicalisme Hebdo*, n°3051, 17 novembre 2005.

⁶⁵ « Notre idée à nous c'est plus comment on sécurise les parcours (...) ce qui nous inspire, c'est la flexsécurité » (Annie Thomas, entretien du 11 avril 2006).

⁶⁶ Annie Thomas, entretien du 11 avril 2006.

CFDT sur l'indemnisation du chômage depuis 25 ans. L'objectif prioritaire de création d'emploi suppose parfois de faire certaines concessions quant à la qualité de l'emploi, ce que traduit la réticence d'Annie Thomas à la surcotisation sur les emplois précaires.

Ainsi, la CFDT, en restant fidèle à sa ligne de conduite, est surtout sur une position défensive qui consiste à maintenir les formes d'indemnisation en l'état avec des ajustements à la marge, et surtout à conserver et améliorer une politique d'activation des chômeurs.

2.3. Les revendications de FO

2.3.1. La doctrine de FO en matière d'indemnisation du chômage

La doctrine traditionnelle de FO en matière de traitement du chômage est liée à sa conception du syndicalisme. L'organisation syndicale défend historiquement l'idée d'une partition nette des rôles entre syndicalisme et politique, entre intérêt général et intérêts particuliers, entre organismes paritaires et pouvoirs publics, au nom de l'indépendance du syndicalisme⁶⁷. Pour FO, le droit au salaire (indirect) hors des périodes d'emploi est la résultante des cotisations directes (salariales) et indirectes (patronales) versées par le passé, ce qui en fait un *salaire différé*⁶⁸.

Ce cadre cognitif que constitue le « salaire différé » explique la thématique récurrente chez FO de la répartition entre Etat et régime paritaire de la prise en charge des publics au chômage. Le Congrès de 2000 résume cette position historique de FO : Il s'agit « *de bien délimiter ce qui relève du champ du paritarisme, financé par le salaire différé, et qui est de la responsabilité des acteurs sociaux, de ce qui relève de la responsabilité de l'Etat : la solidarité nationale, financée par l'impôt et le contrôle de la qualité de demandeur d'emploi* »⁶⁹. En pratique, c'est la conformité à la lecture de l'indemnisation Unedic comme un salaire différé qui explique⁷⁰ aussi bien le soutien de FO à la scission du régime d'indemnisation en 1984 (régime de « solidarité » et régime « assurantiel ») et à l'entérinement de la mise en œuvre des filières d'indemnisation⁷¹, que le refus de la dégressivité des allocations en 1992. Par ailleurs, conformément à sa conception de distinction entre l'action politique dirigée vers l'intérêt général et l'action syndicale dirigée vers les intérêts des travailleurs, FO considère que l'UNEDIC n'a pas à mener une action pour l'emploi. La politique d'emploi relève de l'action politique. L'UNEDIC est une simple caisse d'assurance contre la perte de revenu liée au chômage. À cet égard, FO s'est globalement opposée à l'« activation » des dépenses⁷², notamment lorsqu'elle s'imposa à grande échelle avec la mise en œuvre du PARE. C'est à ce titre, qu'en 2005 encore, FO rappelle qu'avec le PARE, « *l'Unedic se voyait alors confier une mission contre nature*⁷³ : *le contrôle coercitif des allocataires* »⁷⁴. Mais cette thématique n'est pas nouvelle chez FO, que l'on songe à la mise en cause de la gestion par les Assedic de l'inscription sur la liste

⁶⁷ Alain Bergounioux, *Force Ouvrière*, Seuil, 1975, 252 p. ; Alain Bergounioux, *Force Ouvrière*, PUF, coll. Que sais-je ?, 1982, 127 p.

⁶⁸ Pour caractériser cette logique de salaire différé qui fonde la légitimité du droit à ressources hors de l'emploi chez FO, citons les propos sur la pension de retraite de Bernard Devy, Secrétaire Confédéral de Force Ouvrière chargé du secteur Retraites, lors d'un entretien mené par Nicolas Castel le 5 juillet 2004 : « *le jour où vous partez en retraite on peut considérer que c'est les cotisations que vous avez versées, même si elles ont été distribuées, c'est un retour d'une certaine manière de ses propres cotisations à un moment donné qui seront versées au niveau de la pension* ». La logique ici évoquée s'applique de la même manière pour les chômeurs.

⁶⁹ FO, « Résolution protection sociale du 19^{ème} congrès de FO », *FO Hebdo*, supplément au n°2475, 3 mai 2000, p.83.

⁷⁰ Même si ce n'est pas le seul facteur.

⁷¹ Si l'indemnisation est conçue comme la contrepartie des versements passés, alors il est logique que la durée des droits à prestation soit proportionnelle à la durée de la période de cotisation

⁷² Pour Christine Daniel et Carole Tuchsirer « *la CGT-FO conteste (...) de façon globale la doctrine même fondant cette réorientation du régime paritaire* » (Christine Daniel et Carole Tuchsirer, *L'Etat face aux chômeurs*, Flammarion, 1999, p.322).

⁷³ Souligné par nous.

⁷⁴ FO, « Bataille autour de la durée d'indemnisation », *FOH*, n°2731, 9 novembre 2005.

de demandeurs d'emploi⁷⁵ ou à la dénonciation « *des tentatives des gouvernements d'en faire un instrument de leur politique de l'emploi* »⁷⁶, qui rejoignent plus globalement la thématique récurrentes des « charges indues »⁷⁷. En 2005 encore, parmi les trois « revendications clés » exprimées par Force Ouvrière, on trouve « *une clarification des rôles et des responsabilités entre l'UNEDIC et l'ANPE* »⁷⁸.

La tradition revendicative s'agissant de l'Unedic consiste donc pour FO à défendre l'accès et le montant du salaire différé des chômeurs, ou dit autrement à négocier (à la hausse si possible) les conditions du différé de salaire. Tout ce qui échappe à ce cadre dans la négociation est jugé illégitime par FO. Cette doctrine guide encore en 2005 les revendications de FO.

2.3.2. Le refus du recul des droits : augmenter les recettes du régime

La doctrine du salaire différé guide encore en 2005 les revendications de FO, cependant, dans le contexte de déficit du régime d'assurance chômage, le syndicat est avant tout en position défensive, en position de refus des reculs que le discours patronal laisse augurer : « *ce que le patronat voudrait, et ce que nous n'acceptons pas, c'est une réduction de la durée d'indemnisation* »⁷⁹. FO dénonce un patronat qui « *propose de durcir les conditions d'entrée dans le système en rétablissant la dégressivité des allocations et en baissant la durée de perception des prestations chômage* »⁸⁰, dont la volonté est « *de renvoyer vers la solidarité nationale tout ce qui devrait relever de l'assurance-chômage* »⁸¹ et dont le projet est en fait de « *rétablir les comptes de l'UNEDIC sur le dos des chômeurs* »⁸². Or pour FO, cette logique est une impasse puisque la convention ratifiée fin 2002⁸³ « *n'a pas atteint son principal objectif qui était d'équilibrer les comptes de l'assurance chômage, alors même qu'elle a dégradé la situation faite aux demandeurs d'emploi en durcissant les conditions d'indemnisation. (...) Le régime ne souffre pas de ses dépenses mais de son financement* »⁸⁴. En ce sens, « *pour FO, la négociation doit explorer d'autres solutions que celles consistant à durcir les conditions d'ouverture des droits à l'assurance chômage, à rétablir la dégressivité, baisser les allocations ou les durées d'indemnisation* »⁸⁵, « *les interlocuteurs sociaux vont devoir trouver de nouvelles ressources* »⁸⁶.

⁷⁵ A cet égard, la résolution protection sociale du congrès de 1996 « *réaffirme, par conséquent, sa position de principe contre l'inscription des demandeurs d'emploi par les instances des ASSEDIC* » (FO, « Résolution protection sociale du 18^{ème} Congrès de FO », *FO Hebdo*, supplément au n°2289, 1^{er} mars 1996, p.103).

⁷⁶ FO, « Résolution protection sociale du 19^{ème} congrès de FO », *FO Hebdo*, supplément au n°2475, 3 mai 2000, p.83.

⁷⁷ Pour exemple, en 1984, Gilles Houbard justifie la position de FO dans les négociations sur ce principe des séparation des rôles entre Etat et Unedic. Cette position de FO « *s'appuyait sur la thèse selon laquelle il était logique que l'Etat prenne en charge l'ensemble des prestations mises en place successivement dans le régime d'assurance chômage pour remédier aux conséquences de la dégradation de la situation de l'emploi (les conventions d'allocations spéciales du FNE, les indemnités de formation, les préretraites dans le cadre des contrats de solidarité, les aides aux chômeurs créant des entreprises)* » (Gilles Houbard, « Le nouveau système d'indemnisation du chômage », *Droit social*, n°6, juin 1984).

⁷⁸ Communiqué du Bureau Confédéral du 28 décembre 2005, publié dans FOH, n°2738, 4 janvier 2006.

⁷⁹ Jean-Claude Mailly en conférence de presse, cité par Force Ouvrière Hebdo, n°2731, 9 novembre 2005 (« Bataille autour de la durée d'indemnisation »).

⁸⁰ FO, *Coup d'envoi des négociations*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 8 novembre 2005.

⁸¹ Jean-Claude Quentin, cité dans FO, *La face cachée du chômage*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 12 décembre 2005.

⁸² FO, *Le patronat cible les chômeurs*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 25 novembre 2005.

⁸³ Dans les faits, il n'y a pas de nouvelle convention en 2003, car l'accord de décembre 2002 n'a donné lieu qu'à des avenants à la convention et au règlement Unedic de 2001. Nous parlons, avec FO, de convention 2003 par facilité de langage.

⁸⁴ FO, *La précarité nuit gravement à la santé financière de l'UNEDIC*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 3 novembre 2005.

⁸⁵ FO, *La précarité nuit gravement à la santé financière de l'UNEDIC*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 3 novembre 2005.

⁸⁶ FO, « Bataille autour de la durée d'indemnisation », *FOH*, n°2731, 9 novembre 2005.

FO revendique donc, pour faire face au déficit du régime, d'augmenter les recettes de l'UNEDIC plutôt que de réduire les dépenses. « Choisir cette voie implique, selon FO, de lui donner les moyens de sa mission, ce qui passe obligatoirement par une augmentation des cotisations »⁸⁷. Plus précisément le syndicat évoque l'idée « d'augmenter les cotisations de 2 points, afin qu'elles reviennent à leur niveau de 1993 »⁸⁸. Toutefois cette revendication semble secondaire lors de cette négociation puisqu'elle n'apparaît que rarement dans l'expression écrite confédérale de FO. De même, pour Jean-Claude Quentin, chef de file de la délégation de FO, « il était très clair que le patronat ne voulait pas augmenter les cotisations » et les organisations syndicales refusant de baisser les prestations, « il y avait éventuellement une troisième voie à chercher »⁸⁹ plutôt que d'enliser la négociation sur ce sujet. Ce que confirme Jean-Claude Mailly, secrétaire général de FO, lorsque, après que la centrale ait refusé de signer l'accord UNEDIC, il revient sur la négociation dans un éditorial : « A différentes reprises, la Présidente du MEDEF avait expliqué qu'elle ne souhaitait pas d'augmentation de la cotisation générale. Nous avons, nous, indiqué que nous n'en n'étions pas obligatoirement demandeur »⁹⁰.

La recherche de nouvelles recettes passe davantage par la proposition de sur-cotisation sur les contrats précaires, revendication phare de FO lors de ces négociations (à tout le moins très médiatisée) : « Pour apurer les comptes du régime d'assurance-chômage, FO propose plutôt d'instaurer une « surcotisation » à la charge de l'employeur sur les contrats précaires »⁹¹. FO relève que ces emplois précaires coûtent bien plus à l'UNEDIC qu'ils ne rapportent. « L'UNEDIC indemnise (...) à peu près 2 millions de personnes. (...) Sur ces deux millions de personnes qu'on indemnise, on indemnise à peu près la moitié comme étant des gens sortant du travail précaire, CDD ou intérim (...) Et donc, on regarde les chiffres (...) et je m'aperçois que les cotisations versées par les entreprises se rapportant à ces contrats précaires rapportaient à peu près 2 milliards d'euros par an. Et que les allocations versées à la suite de ces contrats précaires coûtaient à peu près 8 milliards d'euros par an en termes d'allocations, de prestations versées. Ce qui veut dire qu'on a un différentiel de 6 milliards d'euros »⁹². La revendication de FO, reprise en chœur par les autres organisations (aux modalités d'application près), est donc de réduire ce différentiel en faisant assumer un surcoût aux entreprises ayant recours à des contrats précaires. « Les contrats à durée déterminée (CDD) et d'intérim, qui représentent 65% des entrées à l'assurance-chômage, contribue pour 5,5 milliards d'euros au déficit de l'Unedic. A l'inverse, une taxe de 1% sur ces contrats précaires pourraient faire entrer dans les caisses jusqu'à un milliard d'euros »⁹³. Pour autant, cette mesure n'est pas seulement une mesure financière visant à augmenter les recettes mais cherche également à décourager le recours à la précarité (voir plus loin dans le texte).

Enfin, notons que, à l'instar de la CFDT, FO dénonce la mobilisation excessive de l'argument du déficit par le patronat : « la situation du régime ne doit pas faire l'objet d'une dramatisation compte tenu des perspectives d'amélioration dans les mois à venir »⁹⁴. « En effet, dans le schéma actuel, l'équilibre annuel serait atteint en 2006 et le déficit cumulé comblé en 2009-2010 »⁹⁵. On peut pourtant noter qu'en juin 2005, s'inquiétant du fait que « le chômage fait dériver les comptes », FO

⁸⁷ FO, « Unedic : la logique infernale », *FOH*, n°2731, 9 novembre 2005.

⁸⁸ FO, « Comment indemniser les précaires ? », *FOH*, n°2736, 14 décembre 2005.

⁸⁹ Jean-Claude Quentin, entretien du 16 septembre 2006.

⁹⁰ Jean-Claude Mailly, « L'exigence du réformisme militant », *FOH*, n°2738, 4 janvier 2006.

⁹¹ FO, *La précarité nuit gravement à la santé financière de l'UNEDIC*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 3 novembre 2005.

⁹² Jean-Claude Quentin, entretien du 16 septembre 2006.

⁹³ FO, « Bataille autour de la durée d'indemnisation », *FOH*, n°2731, 9 novembre 2005.

⁹⁴ FO, *Coup d'envoi des négociations*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 8 novembre 2005.

⁹⁵ Jean-Claude Mailly, « Surdité », *FOH*, n°2736, 14 décembre 2006.

demandait « *d'anticiper l'ouverture des négociations sur la révision de la convention d'assurance-chômage, pour qu'elle puisse prendre effet au minimum au dernier trimestre 2005* »⁹⁶.

2.3.3. La précarité en ligne de mire

Si Force Ouvrière est dans une position générale de maintien des droits à indemnisation, elle porte cependant une revendication offensive particulièrement centrale dans cette négociation à travers l'idée de « taxer la précarité ». Le credo développé par Force Ouvrière lors de ces négociations consiste à moduler les contributions des employeurs en fonction de la précarité du contrat de travail. Cette revendication occupe le devant de la scène politique et médiatique durant ces négociations.

Cette mesure est, nous l'avons noté, une mesure d'économie pour le régime mais est également pensée comme un dispositif ayant pour fonction de dissuader les employeurs de recourir aux emplois précaires : « *Taxer ce genre d'emplois n'est pas qu'une question pécuniaire pour l'UNEDIC, ce doit être aussi et surtout un frein au développement de la précarité* »⁹⁷, car une telle mesure est « *destinée également à pénaliser les entreprises qui usent et abusent des contrats précaires* »⁹⁸. C'est à ce titre que les modalités de cette « taxe sur la précarité » avancées par FO ne peuvent prendre la forme proposée par la CFDT. C'est bien une surcotisation sur l'emploi précaire et non sur le terme de cet emploi que FO veut promouvoir. Nous sommes sur le fond conforme au slogan traditionnel de FO : « *de vrais emplois, de vrais salaires* ». Et l'objectif de création d'emploi ne peut souffrir d'en remettre en cause la qualité.

Notons que l'idée même de surcotisation sur les emplois précaires s'inscrit parfaitement dans la logique de salaire différé promue par FO. Appliquer une cotisation supérieure sur les emplois précaires en appelle à la juste contrepartie en cotisation du poids que la précarité fait porter au régime Unedic. Différer le salaire suppose que l'employeur qui use de la précarité diffère davantage de salaire que celui qui à recours à de l'emploi stable⁹⁹.

2.3.4. Les contrats de professionnalisation: une acceptation de l'activation des dépenses ?

Bien que traditionnellement hostile à l'idée de confier à l'Unedic des missions de retour à l'emploi, Force Ouvrière a également porté son point de vue s'agissant des questions de formation, même si sa presse n'en fait pas un écho très fort. Déjà en mars 2004, répondant à une sollicitation du MNCP¹⁰⁰, Jean-Claude Quentin avançait les premiers éléments de l'orientation de FO en la matière. « *Un allocataire qui retrouve un emploi qualifié et stable présente incontestablement un risque de chômage faible. Ainsi, si l'assurance chômage doit assurer un rôle de formation, pour que cette dernière soit efficace, elle doit absolument être qualifiante, et non utilitariste comme aujourd'hui, et permettre un véritable retour à l'emploi. Ceci suppose que l'on sorte de la démarche actuelle de gestion du nombre de demandeurs d'emploi et que l'on s'oriente principalement sur une démarche qualitative* ». En somme, pour FO, il faut sortir de la logique hyper-adéquationniste et de court terme que promeuvent de fait les modalités d'accès aux formations financées par l'UNEDIC¹⁰¹.

⁹⁶ FO, *Le chômage fait dériver les comptes*, article en ligne sur www.force-ouvriere.fr, 8 juin 2005.

⁹⁷ FO, « Droits des chômeurs : comment combler le déficit ? », *FOH*, n°2732, 16 novembre 2005.

⁹⁸ FO, « Le patronat dénigre le "régime le plus généreux d'Europe" ! », *FOH*, n°2734, 30 novembre 2005.

⁹⁹ Au delà Jean-Claude Quentin argumente sur la nature même du régime. Avec le développement de la précarité, « *on est plus véritablement dans la notion d'assurance qui est celle d'assurance-chômage, la notion d'assurance devant relever d'un risque aléatoire. Et là avec le travail précaire, on a un risque quasi certain. Quand les gens sont embauchés, on est certain de les avoir en indemnisation à la fin* » (entretien du 16 septembre 2006)

¹⁰⁰ Mouvement national des chômeurs et précaires

¹⁰¹ Cf. Didier Gélot, Catherine Levy et Willy Pelletier, « La nouvelle convention d'assurance-chômage : de la formation au formatage des demandeurs d'emploi », *Droit Social*, n°6, juin 2002.

« Pour Jean-Claude Quentin, la future convention doit contenir des « garanties de reclassement durable pour les chômeurs ». Il opposera au PARE le contrat de professionnalisation qui a le mérite, à ses yeux, de lier formation et contrat de travail »¹⁰².

Certes, on peut toujours entendre chez FO le discours d'opposition au PARE qui « ne fait plus recette pour personne »¹⁰³. Jean-Claude Quentin rappelle d'ailleurs que « l'assurance chômage, c'est un dispositif d'indemnisation, ce n'est pas un dispositif d'activation des dépenses, de reclassement des chômeurs (...). Notre position est relativement simple (...), l'UNEDIC indemnise, l'ANPE place, l'AFPA fait la formation et l'Etat a la politique de l'emploi en général »¹⁰⁴. Toutefois, en revendiquant une transformation des modalités de la formation des chômeurs, FO souscrit d'une certaine manière à l'activation des dépenses et des chômeurs qu'elle n'a pourtant jamais cessée de dénoncer ? Jean-Claude Quentin reconnaît d'ailleurs cet état de fait : « Si j'en viens aux contrats de professionnalisation (...) effectivement c'est une forme d'activation ». Mais il fait valoir la particularité de la mesure : « nos revendications pendant la négociation, ça a été de dire, nous on est d'accord pour qu'on aide un peu au reclassement, mais à une condition (...) c'est que, quand on aide au reclassement de quelqu'un, il y ait un contrat de travail existant et qu'on ne se contente pas de financer des formations dont on ne sait pas très bien quel va en être le résultat en terme d'emploi (...). Le contrat de professionnalisation, c'est qu'on donne au chômeur une formation et la possibilité d'acquérir une qualification. (...) Pour qu'une formation soit efficace, il faut qu'elle soit longue, coûteuse et qu'elle soit qualifiante, ce qui est le cas des formations dans le cadre des contrats de professionnalisation »¹⁰⁵. Les contrats de professionnalisation sont donc certes assimilables à une mesure d'activation, dans la mesure où l'UNEDIC finance le dispositif et une incitation pour les entreprises à recourir à celui-ci¹⁰⁶, mais pour FO, « notre problème dans ce cas là, ce n'est pas l'aide qui est donnée à l'employeur sur le contrat de professionnalisation, c'est la qualification qu'acquiert le salarié ».

En somme, FO se contente de revendiquer une réorientation vers des formes plus « efficaces » de l'activation en faisant de l'acquis d'une formation longue et qualifiante et du lien à un contrat de travail la condition suffisante à l'acceptation de la logique d'activation que le contrat de professionnalisation contient malgré tout. C'est une position qui peut paraître peu exigeante si l'on songe à l'opposition historique de FO à toute activation. La volonté de réintégrer la majorité de gestion n'est sans doute pas étrangère à ce compromis : il était de toute évidence impossible de remettre en cause le PARE, FO s'est contentée de promouvoir une activation des dépenses et des chômeurs plus acceptable à travers les contrats de professionnalisation.

2.3.5. La clarification des responsabilités de l'ANPE et de l'UNEDIC

Il nous faut, pour être complet, nous arrêter sur ce dernier point puisque FO annonce cette clarification comme un des objectifs de la négociation. Nous l'avons noté, FO a une doctrine claire en termes de répartition des responsabilités entre Etat et Unedic. Elle refuse à cet égard toute confusion entre le rôle de placement qui revient à l'ANPE d'une part et la mission d'indemnisation et désormais de financement du retour à l'emploi qui revient à l'UNEDIC d'autre part. L'objectif de clarification que FO s'assigne est d'obtenir les garanties de stricte séparation des institutions. L'organisation voulait s'assurer que le rapprochement de l'ANPE et de l'UNEDIC

¹⁰² FO, « Droits des chômeurs : comment combler le déficit ? », *FOH*, n°2732, 16 novembre 2005.

¹⁰³ FO, « Droits des chômeurs : comment combler le déficit ? », *FOH*, n°2732, 16 novembre 2005.

¹⁰⁴ Entretien de Jean-Claude Quentin 16 septembre 2006

¹⁰⁵ Entretien de Jean-Claude Quentin, 16 septembre 2006.

¹⁰⁶ L'article 38 du règlement annexé à la convention prévoit des aides forfaitaires aux employeurs qui ont recours au contrat de professionnalisation pour embaucher un chômeur indemnisé par l'Unedic, le montant restant à être négocié dans une convention spécifique.

initié par la loi de cohésion sociale se limite à une opération immobilière avec la création des maisons de l'emploi permettant de mettre en un même lieu les différentes institutions auxquelles le chômeur doit s'adresser, et à un rapprochement d'information à travers la fusion des systèmes informatiques qui donnera lieu à la mise en œuvre du DUDE (dossier unique du demandeur d'emploi). « *Mais c'est du rapprochement fonctionnel, ce n'est pas la fusion (...) entre l'UNEDIC et l'ANPE, qui serait une erreur monstrueuse (...). Elles n'ont pas la même fonction, et pas la même naissance, pas la même origine. Le problème de fond derrière tout ça, c'est de savoir si en France la négociation collective est réellement indépendante et si elle est capable, au delà de cette indépendance de négociation, de continuer cette indépendance dans la gestion paritaire. Si demain vous fusionnez l'ANPE et l'UNEDIC vous fichez en l'air la gestion paritaire* »¹⁰⁷.

Dans les faits, cette clarification n'est pas l'objet de la convention 2006 mais de la convention Etat-ANPE-UNEDIC du 5 mai 2006 relative à la coordination des actions du service public de l'emploi. Si Jean-Claude Mailly considère en janvier 2006 que FO a, « *s'agissant de la clarification entre l'UNEDIC et l'ANPE, contribué à améliorer les choses* »¹⁰⁸, il faudra toutefois attendre mai 2006 pour voir acter la répartition des rôles entre les deux institutions par cette convention tripartite « *dans laquelle on a exclu au moins dans l'immédiat toute logique de fusion qui était quand même écrite de manière importante dans le premier texte* »¹⁰⁹. Aujourd'hui le contexte est encore transformé avec le projet de loi dit de « fusion » de l'ANPE et de l'Unedic.

Pour conclure et « ramasser » un peu le propos, nous pouvons citer le communiqué du Bureau confédéral qui résume les positions de FO lors de la négociation 2005 : « *trois revendications clés étaient portées par FO, sachant que dans une négociation relative au paritarisme, la surenchère n'est pas de mise* :

- *une clarification des rôles et responsabilités entre l'UNEDIC et l'ANPE*
- *une non-diminution des durées et taux d'indemnisation,*
- *une sur-cotisation patronale sur les contrats de travail précaires* »¹¹⁰

Le programme revendicatif se veut donc modeste, sans « surenchère » dans un contexte budgétaire du régime difficile. Mais ces revendications sont également sans rupture avec la tradition de FO. Même si nous avons vu que sa dénonciation de l'activation n'avait pas la vigueur des négociations précédentes étant donné le soutien affiché aux contrats de professionnalisation (qui n'est toutefois pas mentionné comme revendication clé) et une mise en cause peu offensive du PARE, Force Ouvrière affiche un programme revendicatif conforme à sa conception historique du droit à ressources des chômeurs comme un salaire différé, conforme à la conception de son rôle syndical comme garant du niveau de ce salaire différé et conforme à l'idée qu'elle se fait de la répartition des missions entre Etat et régime paritaire.

2.4. Le point de vue patronal

Il est difficile et sans doute peu pertinent de traiter le patronat organisation par organisation, comme nous l'avons fait s'agissant des trois principales confédérations syndicales de salariés. Le syndicalisme patronal a ses spécificités d'organisation qui rendent nulle de sens l'idée de le traiter à l'équivalent des syndicats de salariés. Ainsi, la représentativité interprofessionnelle des organisations d'employeurs et la validité des accords qui en découlent n'est véritablement définie par aucun texte, mais relève d'une jurisprudence complexe qui n'accorde à aucune organisation

¹⁰⁷ Entretien de Jean-Claude Quentin, 16 septembre 2006.

¹⁰⁸ Jean-Claude Mailly, « L'exigence du réformisme militant », *FOH*, n°2738, 4 janvier 2006.

¹⁰⁹ Entretien de Jean-Claude Quentin, 16 septembre 2006.

¹¹⁰ FO, Communiqué du Bureau Confédéral du 28 décembre 2005, *FOH*, n°2738, 4 janvier 2006.

patronale, y compris au MEDEF, une présomption irréfragable de représentativité¹¹¹. Bien qu'étant également jugées dans les faits représentatives au niveau interprofessionnel, la CGPME et l'UPA n'ont même pas vocation à représenter l'ensemble des employeurs (la CGPME a d'ailleurs été longtemps une composante du CNPF). Contrairement aux confédérations syndicales qui, à l'exception de la CGC, ont chacune l'ambition de représenter l'ensemble des salariés, seul le CNPF/MEDEF se donne cette vocation s'agissant des entreprises¹¹². Les organisations patronales ne sont donc pas tant concurrentes que complémentaires dans la représentation des employeurs¹¹³. Par ailleurs, les entreprises ou fédérations patronales peuvent cumuler les adhésions dans les trois confédérations patronales interprofessionnelles. L'ensemble de ces éléments milite pour l'unité des organisations patronales lorsqu'il s'agit d'engager les employeurs derrière leur signature. À ce titre, en pratique, le MEDEF, la CGPME et l'UPA se présentent dans la quasi-totalité des cas en délégation unique dans les négociations interprofessionnelles - c'est systématiquement le cas à l'Unedic - et l'engagement du camp patronal est acquis « par consensus »¹¹⁴. Même si il est d'usage de parler des délégations par organisation (MEDEF, CGPME, UPA), le chef de file du MEDEF parle, sauf exception, pour l'ensemble des organisations patronales¹¹⁵. Aussi il n'y a pas d'intérêt à séparer systématiquement les discours et pratiques de chacune des organisations, même si nous relèverons les divergences marginales qui peuvent exister entre elles.

2.4.1. Un objectif : Réduire le déficit

Le discours patronal traduit certes une conception du droit à ressources des chômeurs mais porte surtout sur un objectif et les solutions pour y parvenir : contenir les dépenses.

Pour le MEDEF, « on ne peut faire comme si les 14 milliards d'euros de déficit n'existaient pas, il est fondamental de chercher un retour à l'équilibre financier du régime »¹¹⁶. Jean-François Veysset de la CGPME, souligne à cet égard que « l'objectif numéro un de notre délégation, mais alors là totalement partagé avec la délégation du MEDEF, c'est la recherche de l'équilibre financier »¹¹⁷. Dans une déclaration, le MEDEF confirme que « la délégation patronale dans son ensemble considère qu'il n'est pas possible d'être gestionnaire d'un système d'assurance chômage dont la dette cumulée s'élève à 14 milliards d'euros sans réagir »¹¹⁸. Aussi, le redressement financier « peut se faire sur plusieurs années comme le réclament certains syndicats. Mais peut-on se permettre de signer une convention qui ne nous ramène pas d'ici trois ans à l'équilibre ? »¹¹⁹.

Le patronat va chercher à dramatiser quelque peu l'enjeu pour faire valoir son point de vue. Ainsi, Denis Gautier-Sauvagnac présente le retour à l'équilibre financier du régime comme une condition du maintien du droit à indemnisation des chômeurs. L'objectif est d'avoir « un système d'assurance-chômage dont la situation financière aide à maintenir un filet de sécurité qui permette

¹¹¹ Briche, 2005 ; Langlois, 2005

¹¹² Cette volonté de représentation exhaustive des entreprises justifie d'ailleurs un certain ascendant du CNPF-MEDEF sur la CGPME et l'UPA au niveau interprofessionnel.

¹¹³ Soulignons à cet égard que les trois confédérations patronales, associées à l'UNAPL (professions libérales) et à la FNSEA (patronat agricole), se présentent également unies lors des élections prud'homales.

¹¹⁴ Il est toutefois raisonnable de penser que le CNPF/MEDEF a une fonction prépondérante sur ses deux partenaires patronaux dans l'établissement de la position patronale dans les négociations interprofessionnelles.

¹¹⁵ En témoigne Jean-François Veysset de la CGPME : « pour en avoir été l'acteur depuis vingt ans, je peux vous dire qu'il y a parfois des frictions mais que nous continuons pour le moment la stratégie du porte-parole unique en négociation, c'est celui qui préside la négociation » (entretien du 20 décembre 2006).

¹¹⁶ MEDEF, *Négociations d'assurance chômage : des mesures autour de la personne du chômeur*, déclaration du MEDEF du 24 novembre 2005.

¹¹⁷ Entretien de Jean-François Veysset, 20 décembre 2006.

¹¹⁸ MEDEF, *Unedic : des avancées sur la question du retour à l'emploi*, déclaration du MEDEF du 1^{er} décembre 2005.

¹¹⁹ Denis Gautier-Sauvagnac cité par MEDEF, *Négociations d'assurance chômage : des mesures autour de la personne du chômeur*, déclaration du MEDEF du 24 novembre 2005.

au chômeur de se retourner en attendant de retrouver un emploi »¹²⁰. « Ce retour à l'équilibre est la seule façon de pouvoir commencer, dans 4 ans, à constituer un fonds de réserve capable de mettre le régime un peu à l'abri des fluctuations de la conjoncture, donc de garantir au chômeur cette indemnisation, ce filet de sécurité qui l'aidera à se retourner »¹²¹. En effet, l'UNEDIC est soumise à un « effet de ciseau » dans la mesure où les pertes d'emploi entraînent simultanément une hausse de ses dépenses et une diminution de ses recettes. L'objectif d'un fonds de réserve, dont le principe avait déjà été convenu dans l'accord du 27 décembre 2002 sous le nom de fonds de régulation (art.7), est de constituer une réserve lorsque le régime est bénéficiaire afin d'éviter des déficits dans les périodes budgétairement plus délicates.

2.4.2. Les solutions pour réduire le déficit

2.4.2.1. Réduire les dépenses d'indemnisation

« La France a le régime d'assurance-chômage le plus généreux d'Europe (...) Tout cela serait parfait si nous n'avions pas 14 milliards d'euros de déficit »¹²². Pour le patronat, la solution paraît claire : il faut réduire la « générosité » du système.

- Réduire les montants des prestations : le ballon d'essai de la dégressivité

Dans un premier temps, comme un ballon d'essai, le patronat a proposé un retour à la dégressivité des montants des prestations au fur et à mesure de la durée du chômage du bénéficiaire, tel que ce fut pratiqué de 1992 à 2001. Denis Gautier-Sauvagnac le répète à plusieurs reprises lors de l'entretien que nous avons mené : « Sur la dégressivité, nous avons fait, côté patronal, une erreur majeure en 2001. En 2000, lors de la négociation avec les organisations syndicales, nous avons abandonné la dégressivité, en contrepartie du PARE. Ca a été une erreur majeure ». Pour le chef de file de la délégation patronale, lorsque vous tombez au chômage, « vous rentrez dans le système et on vous dit « monsieur vous avez 23 mois à 80 ou 66% de votre traitement ». (...) Naturellement, c'est une chute importante de vos revenus (...) mais ça vous donne la possibilité de vous retourner. (...) Et à ce moment là, vous risquez de vous installer dans une période (...) où vous vous dites que vous avez du temps. Or, toute l'expérience montre que plus le temps passe et plus c'est difficile de retrouver un emploi. De ce point de vue la dégressivité était une incitation qu'on a eu tort d'abandonner en 2001 »¹²³.

L'entretien de M. Gautier-Sauvagnac est particulièrement explicite sur un point : à plusieurs reprises le leader patronal explique la nécessité de pousser le chômeur à rechercher un emploi pour éviter qu'il ne se satisfasse d'une période « d'oisiveté », « ce qui est un réflexe assez naturel, quand vous êtes au chômage, vous venez de passer une période généralement assez difficile, vous avez fait l'objet d'un licenciement, ça a duré plusieurs mois pour peu qu'il y ait eu un peu de judiciarisation des procédures, vous avez gardé votre emploi, votre traitement, mais vous saviez que c'était la fin, votre mentalité, votre état d'esprit est touché »¹²⁴. A cet égard la dégressivité avait le mérite selon Denis Gautier-Sauvagnac d'inciter à une recherche rapide d'emploi.

Cette incitation à reprendre un emploi aurait d'ailleurs permis de substantielles économies : « les calculs de l'Unedic montrent que [la suppression de la dégressivité] coûte la bagatelle de 2 milliards d'euros par an à l'Unedic. Si la dégressivité avait été maintenue depuis 2000, nous

¹²⁰ Denis Gautier-Sauvagnac cité par MEDEF, *Négociations d'assurance chômage : des mesures autour de la personne du chômeur*, déclaration du MEDEF du 24 novembre 2005.

¹²¹ MEDEF, *Négociations d'assurance chômage : des mesures autour de la personne du chômeur*, déclaration du MEDEF du 24 novembre 2005.

¹²² MEDEF, *Négociations d'assurance chômage : des mesures autour de la personne du chômeur*, déclaration du MEDEF du 24 novembre 2005.

¹²³ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹²⁴ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

aurions (...) 12 milliards de ressources supplémentaires ce qui ne serait pas mal quand vous savez que aujourd'hui l'Unedic a 13 milliards de dettes cumulées »¹²⁵.

Ainsi, comme le précise M. Veysset, « non seulement la dégressivité avait été évoquée par le MEDEF mais aussi par la CGPME et l'UPA ». Et de conclure : « nous avons constaté que c'était conduire à une impasse »¹²⁶, la patronat se heurtant à un front syndical sur le sujet.

- Réduire les durées de prestation

Si réduire les montants d'indemnisation par la dégressivité s'est avéré impossible, en réduire les durées fut l'option finalement choisie pour malgré tout limiter les dépenses d'indemnisation : « il fallait non pas diminuer les prestations mais raccourcir les prestations. Ca a été le changement des filières. (...) Il fallait faire preuve d'une certaine fermeté en modifiant les durées d'indemnisation si on voulait les maintenir à niveau correct »¹²⁷. La négociation a donc porté sur les modalités des filières d'indemnisation : « nous avons donc repris l'initiative de certains représentants des organisations syndicales pour de nouvelles filières (...). Pour la plus grande majorité des demandeurs d'emplois c'est plus acceptable que la dégressivité, nous avons fait en sorte que, au niveau du stock, personne ne subisse une régression d'indemnisation, si ce n'est dans la durée »¹²⁸. La négociation a conduit à réformer les conditions d'accès à la filière B, celle qui concerne le plus grand nombre de bénéficiaires. « Le compromis, ça a été 16 mois dans les 26 mois »¹²⁹, au lieu de 14 mois dans les 24 derniers mois, pour ouvrir à une même durée de droits de 23 mois. Le patronat reste étrangement muet sur la contrepartie qui consiste à créer une filière A+ (12 mois dans les 20 derniers mois ouvrent 12 mois de droits) à destination des travailleurs plus précaires (voir partie suivante sur le contenu de la convention). Il s'agit pourtant d'un élément de compromis évident pour prendre en compte la préoccupation marquée sur la prise en compte de la précarité par les règles d'indemnisation de l'Unedic.

2.4.2.2. Accélérer le retour à l'emploi

- Par l'activation des chômeurs

Jugeant que « cette question est essentielle pour les chômeurs »¹³⁰, le MEDEF affiche son attachement à l'activation des chômeurs et des dépenses. « Il faut tout faire pour accélérer le retour à l'emploi. Par l'accompagnement personnalisé, par la formation, par le contrat de professionnalisation et par le développement de la validation des acquis de l'expérience (...). Enfin, il convient d'aider le reclassement en permettant à ceux qui gagnent moins qu'avant en reprenant un nouvel emploi d'avoir une indemnité différentielle, au moins pendant un certain temps »¹³¹. Aussi la résorption du déficit de 2006 supposait, comme le rappelle le représentant de la CGPME, de ne pas « remettre en cause notre investissement dans l'aide au retour à l'emploi. Ca, pour nous, c'était incontournable. (...) C'est également ce qui, en parallèle, nous a amené à rétablir les conventions de conversion en rétablissant finalement un dispositif qui avait fait ses preuves, parce que très ciblé, très personnalisé par rapport aux nécessités d'ouverture sectorielle à travers les branches et territoriale par rapport à la zone d'habitation ou au bassin d'emplois »¹³².

¹²⁵ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹²⁶ Entretien de Jean-François Veysset, 20 décembre 2006.

¹²⁷ Entretien de Jean-François Veysset, 20 décembre 2006.

¹²⁸ Entretien de Jean-François Veysset, 20 décembre 2006.

¹²⁹ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹³⁰ MEDEF, *Unedic : des avancées sur la question du retour à l'emploi*, déclaration du MEDEF du 1^{er} décembre 2005.

¹³¹ MEDEF, *Négociations d'assurance chômage : des mesures autour de la personne du chômeur*, déclaration du MEDEF du 24 novembre 2005.

¹³² Entretien de Jean-François Veysset, 20 décembre 2006.

L'ensemble des mesures que l'on peut ranger sous le terme générique d'activation des chômeurs (suivi, accompagnement, formation, ateliers d'aide à la rédaction de CV ou de lettres de motivation, aides financières à l'employeur, aides à la mobilité, etc.) est présenté sous deux aspects.

D'un côté l'activation apparaît comme une aide pour le demandeur d'emploi dans le discours patronal : « *L'idée c'est qu'il ne faut pas laisser le chômeur tout seul* »¹³³. C'est un moyen d'éviter l'enlèvement dans le chômage : « *Je viens de perdre mon emploi, je considère que j'ai besoin de souffler (...) et en même temps on ne se rend pas toujours compte que ce besoin de souffler se retourne contre la personne parce que plus le temps passe et moins je suis réemployable rapidement* »¹³⁴. « *Plus dans le temps, on est au-delà de six mois sans bouger, plus ça devient difficile. Donc, notre mission, à nous, en tant que responsable, c'est de dire « il ne faut pas attendre les six mois ». Il faut que si la personne ne retrouve pas d'emploi rapidement, au moins qu'elle suive une formation pour avoir les compétences requises pour occuper les emplois du marché d'aujourd'hui et de demain* »¹³⁵.

D'un autre côté, Denis Gautier-Sauvagnac, en écho à son propos sur la dégressivité des indemnités, insiste également sur une définition de l'activation comme un instrument de contrôle pour inciter le chômeur à ne pas « [s']installer dans une période, non pas de confort bien sûr puisque vous êtes quand même au chômage, mais dans une période où vous vous dites que vous avez du temps », pointant par là « *le risque de l'installation dans l'assistance* ». Jean-François Veysset justifie d'ailleurs le passage du PAP au PPAE¹³⁶ comme étant motivé par le constat selon lequel « *il y avait encore de la marge entre le moment où les gens perdaient leur emploi et le moment où ils se remettaient en cause* ». Derrière les mesures d'accompagnement se cache également le refus d'indemniser des personnes qui « *ne recherchent pas réellement d'emploi* ». Le chef de file du MEDEF rappelle à cet égard : « *mon mandat en tant que représentant du MEDEF et coordonnateur de la délégation patronale, c'était de faire en sorte que les indemnités de chômage soient réservées aux chômeurs, j'allais dire patentés, aux chômeurs qui sont des vrais chômeurs, et non pas des gens qui attendent la retraite, ou des gens qui cherchent plus ou moins un emploi, etc.* ». Il précise ainsi : « *On ne peut pas rétablir l'exercice de pointage, où toutes les semaines ou tous les 15 jours, la personne devait venir pointer, quand vous avez plus de deux millions de chômeurs. Mais (...) il faut réussir une espèce de mariage entre, non pas la carotte et le bâton, l'expression n'est pas bonne, mais entre l'incitation et le conseil. L'incitation : « mon vieux, faut que vous repreniez un emploi ». Le conseil : « ben voilà comment ça se passe, y a telle ou telle offre possible, peut-être faut-il déménager, peut-être¹³⁷... », « appelez ça de l'accompagnement, appelez ça de la pression, ça se situe entre les deux bien sûr »¹³⁸.*

Cette question renvoie fortement au débat actuel sur la sécurisation des parcours professionnels. A cet égard, le chef de file patronal stigmatise la revendication cégétiste de Sécurité sociale professionnelle : « *La CGT, son idée, c'est la sécurité sociale professionnelle, et son modèle, c'est la fonction publique. Vous passez un concours dans la fonction publique à 20 ans et on vous emmène jusqu'à 65 ans, quoi qu'il arrive. Alors vous avez une progression de votre salaire à l'ancienneté, vous êtes sûr d'avoir votre salaire 45 ans de suite, vous n'avez aucune insécurité de*

¹³³ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹³⁴ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹³⁵ Entretien de Jean-François Veysset, 20 décembre 2006.

¹³⁶ Du plan d'action personnalisé au Plan personnalisé d'accès à l'emploi qui dans un cas comme dans l'autre est l'opérationnalisation de l'activation du chômeur puisqu'y sont consignées les types d'emplois recherchés (ciblage), les obligations du chômeur en termes de formations ou d'ateliers auxquels participer, etc.

¹³⁷ Notons que Denis Gautier-Sauvagnac insiste fortement tout au long de l'entretien sur la nécessité d'une mobilité des travailleurs : « *Nous entrons dans un siècle de mobilité, de mouvement où nul n'est assuré de pouvoir, sa vie durant, travailler pour sa période active au même endroit* », « *encore une fois, aujourd'hui, nul n'a le droit de naître, vivre, travailler et mourir au même endroit. Nous sommes dans un monde qui bouge. On ne peut pas le nier* ». Lorsqu'une obligation de recherche d'emploi s'impose, quelles sont les limites du refus légitime en termes de mobilité ? Nous renvoyons à la partie de ce rapport sur les modalités de contrôle et de sanction des chômeurs.

¹³⁸ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

l'emploi, ça évidemment, c'est la sécurité sociale professionnelle totale. Le seul ennui, c'est que dans la Fonction Publique, c'est payé par le contribuable, dans le secteur privé, c'est payé par le client, et le client vous ne pouvez pas le forcer. Le contribuable, vous pouvez le forcer, vous ne lui demandez pas son avis pour utiliser son argent, sauf peut-être à des périodes électorales, mais le client il n'est pas d'accord pour vous payer si vous ne travaillez pas (...) c'est totalement déraisonnable »¹³⁹.

Denis Gautier-Sauvagnac propose d'envisager différemment la sécurité du travailleur quant à sa vie professionnelle. Cette « *aspiration à une sécurité sociale professionnelle, (...) est à la fois une illusion, une illusion parce que personne ne peut garantir à quelqu'un qu'il pourra naître, travailler, vivre, mourir au même endroit, mais en même temps nous avons tous un besoin de sécurité, un besoin de savoir de ce que demain sera fait, ce qui se traduit, et c'est notre optique du côté de l'entreprise, par vraiment le soucis permanent de maintenir l'employabilité des salariés* ». Ni droit à l'emploi, ni droit au salaire, la sécurité professionnelle proposée par le patronat est en quelque sorte un droit à l'employabilité (ou un *devoir* d'employabilité si l'on se réfère au soucis exprimé du côté patronal d'écarter les « faux chômeurs ») : « *Ce que l'on peut essayer de garantir, c'est l'employabilité du salarié, de telle façon que si il perd son emploi à l'instant T, à l'endroit X, il ait les meilleures conditions possibles pour en retrouver un, le plus vite possible, le plus près de chez lui pour éviter les déménagements, mais pas obligatoirement le plus près de chez lui* »¹⁴⁰.

- Par la dégressivité de l'offre valable d'emploi

Pour Denis Gautier-Sauvagnac, au cœur de la négociation se trouvent posées deux questions : « *Comment garantir [au chômeur] les moyens de vivre d'une part, et d'autre part, comment l'encourager à reprendre le plus vite possible un emploi ? C'est cet équilibre à trouver, et tout le problème, c'est l'offre valable d'emploi* »¹⁴¹. « *Qu'est-ce que c'est qu'une offre valable d'emploi. Alors pour un certain nombre de gens, c'est la même chose qu'avant. Ben, ce n'est pas évident que c'est la même chose qu'avant. (...) Un salarié du privé ça change plusieurs fois d'emploi dans sa vie. Et la pente n'est pas forcément ascendante* »¹⁴². Pour sa part, Jean-François Veysset mobilise à nouveau l'argument de l'enlèvement dans le chômage pour justifier la dégressivité de la norme de l'emploi convenable avec le temps de chômage : « *Moins un demandeur d'emploi se remet en cause, soit en reprenant un emploi, même de catégorie inférieure, au point de vue surtout rémunération, (...), plus il sera en difficulté* »¹⁴³.

En somme dans un « *siècle de mobilité, de mouvement* », avec pour résultat le fait que « *les accidents de carrière seront plus nombreux au 21^{ème} siècle* », le salarié doit non seulement s'adapter par l'effort permanent d'entretien de son employabilité, mais également par l'acceptation du fait que l'emploi suivant soit peut-être de moindre qualité que le précédent.

2.4.3. Le refus d'augmenter les cotisations

Parmi les solutions pour réduire le déficit de l'UNEDIC, il n'est jamais envisagé du côté patronal de satisfaire le besoin de financement du régime par l'augmentation des cotisations sociales. Depuis 25 ans, la « bataille des charges » est au cœur du discours et des pratiques des organisations patronales. Appuyé par les gouvernements successifs et une grande part des économistes ou

¹³⁹ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹⁴⁰ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹⁴¹ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹⁴² Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹⁴³ Entretien de Jean-François Veysset, 20 décembre 2006.

« experts », le patronat a fait de la lutte contre le « coût du travail »¹⁴⁴ un leitmotiv. Denis Gautier-Sauvagnac rappelle encore lors de notre entretien en janvier 2007 que « nous avons dans notre pays un coin social terrifiant, j'appelle coin social l'écart entre le salaire auquel vous êtes embauché, 100, celui que vous percevez déduction faite des cotisations salariales, 78, et celui que vous coûtez à votre employeur, 145 ou 150 ». Ainsi, « on ne peut pas se permettre d'augmenter le coût du travail (...) l'idée d'augmenter les cotisations, cela revient à augmenter le coût du travail, donc ce n'est pas bon pour l'emploi dans notre pays, ce n'est pas bon pour lutter contre le chômage ».

Pour autant face au front syndical de refus de faire peser sur les conditions d'indemnisation le déficit du régime, le patronat a dû concéder une augmentation minimale et provisoire (jusqu'au retour à l'équilibre budgétaire) des cotisations de 0,08 points, répartis à égalité entre cotisations salariales et patronales (0,04 points supplémentaires pour chaque partie). Cette contrepartie patronale fut amenée par la CGPME : « nous avons également, peut-être avant même le MEDEF lors de la dernière négociation, eu le souci de répartir les efforts pour retourner à l'équilibre (...) nous avons toujours considéré que si on demande un effort aux salariés, aux chômeurs, les entreprises doivent également quelque peu contribuer, c'est pour cela que nous avons accepté, à titre transitoire, une légère, très légère hausse des contributions des entreprises (...) Donc, il y a eu également un effort des entreprises, et c'est sans doute ce qui a débloqué la négociation »¹⁴⁵. Le propos est par ailleurs confirmé par le chef de file du Medef : « Le MEDEF était probablement plus attaché que la CGPME et l'UPA à ne pas augmenter les cotisations (...). Mais je savais qu'on ne pouvait obtenir un effort (...) des délégations syndicales qu'à partir du moment où on augmentait les cotisations. (...) Et finalement la CGPME nous a donné un coup de main, en ce sens qu'alors que les négociations buttaient un peu, le représentant de la CGPME a dit « mais on pourrait peut-être augmenter un peu les cotisations ». Et c'est là que nous avons trouvé je crois une solution intelligente qui consistait à mettre tout le monde d'accord sur une augmentation provisoire des cotisations »¹⁴⁶.

L'effort est somme toute davantage symbolique que réel. Selon l'Unedic, « le relèvement du taux d'appel des contributions (passage au 1^{er} janvier 2006 de 6,40 % à 6,48 % dont 4,04 % à la charge des employeurs et 2,44 % à la charge des salariés) est à l'origine de 300 millions d'euros supplémentaires »¹⁴⁷ que l'on peut comparer au seul effet conjoncturel de hausse de l'emploi affilié et des salaires, qui a permis dans le même temps une hausse de 1,25 milliards d'euros de recettes. L'ensemble des employeurs a donc, par le relèvement des taux, contribué supplémentaires à hauteur de 150 millions d'euros en 2006, soit moins de 80 centimes d'euros par mois et par emploi affilié au régime¹⁴⁸, augmentation du « coût du travail » qui reste raisonnable.

Ajoutons à ce premier élément d'appréciation le contenu de l'article 2 de la convention du 18 janvier 2006 qui précise que « cette majoration cessera de s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2007 si le « résultat financier » de l'année 2006 du régime d'assurance chômage est égal ou supérieur à zéro ». Or, ce résultat financier est effectivement excédentaire de 344 millions d'euros en 2006¹⁴⁹, entraînant de fait la suppression des majorations de cotisations qui n'auront duré qu'une année.

¹⁴⁴ L'expression « coût du travail » est mise entre guillemets pour souligner la distance que nous prenons à son égard. En effet, celle-ci est surprenante si l'on songe que le travail produit la richesse et donc ne coûte pas mais au contraire rapporte. Nous parlons pour notre part plus aisément du montant du salaire total (salaire direct et cotisations).

¹⁴⁵ Entretien de Jean-François Veyssset, 20 décembre 2006.

¹⁴⁶ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹⁴⁷ UNEDIC, *Point Statist*, n°29, septembre 2007.

¹⁴⁸ Le nombre d'emplois affiliés au 31 décembre 2005 est de près de 16 millions (source : UNEDIC, *Point Statist*, n°21, août 2006).

¹⁴⁹ UNEDIC, *Point Statist*, n°29, septembre 2007.

2.4.4. La conception patronale du droit à ressources des chômeurs : un « filet de sécurité » assurantiel et tutélaire

Dans le discours patronal, la dimension assurantielle attribuée à l'Unedic – on parle d'assurance-chômage – est réaffirmée comme la base de la forme légitime de l'indemnisation. « *Pour certains syndicats, ce n'est pas normal qu'on indemnise 1 chômeur sur 2. Mais ça s'appelle l'assurance chômage. On indemnise les gens qui ont cotisé, donc effectivement, un jeune qui n'a pas cotisé ne relève pas de l'assurance chômage. Et puis on indemnise les gens qui ont cotisé pendant un certain temps, on ne peut pas les indemniser leur vie durant. Donc il y a un moment où ils ne sont plus indemnisés. Mais c'est le principe même du système d'assurance* », « *nous sommes une assurance, donc vous avez cotisé et vous recevez une indemnité, ça ne peut pas durer éternellement* »¹⁵⁰.

Toutefois, si la vocation assurantielle du régime est mise en avant pour justifier l'exclusion d'une partie importante des demandeurs d'emploi, l'idée même de salaire différé n'est jamais avancée en tant que tel. Sans pour autant tirer de conclusions hâtives sur une position patronale trop affirmée, soulignons tout de même le propos de Denis Gautier-Sauvagnac lors de l'entretien que nous avons mené avec lui : « *Nous considérons qu'il ne fallait pas que le droit à l'assurance chômage soit automatique* ». La réalisation du risque n'apparaît pas comme une condition suffisante pour ouvrir le droit à indemnisation, et très vite la dimension tutélaire devient une composante du discours et des pratiques patronales qui s'ajoute à la lecture assurantielle des droits à indemnisation. Le chef de file du patronat, lors de l'entretien, qualifie à une dizaine de reprises l'indemnisation du chômage de « *filet de sécurité* » : « *l'assurance chômage, son rôle, c'est de venir au secours, en filet de sécurité, pour lui permettre de se reconverter, de quelqu'un qui normalement travaille mais qui temporairement a perdu son emploi* ». L'expression traduit une vision tutélaire du droit à ressources des chômeurs qui entre en résonnement avec le constat, qui sonne comme une dénonciation, du fait que « *nous avons le régime d'assurance-chômage le plus généreux du monde* », y compris du point de vue « *du montant d'indemnisation, notamment de son plafonnement* »¹⁵¹. Le plafonnement comme l'idée de « *filet de sécurité* », d'« *indemnité de sécurité* », renvoie effectivement à une représentation du droit à ressources monétaires légitime des chômeurs comme l'exercice d'une solidarité « *qui l'aidera à se retourner* », « *pour que la personne garde la tête hors de l'eau* », plutôt que comme la continuation du salaire à la qualification ou comme un différé de salaire.

Toutefois, au-delà de cette rhétorique, le patronat, en pratique, participe de la mise en œuvre de filières d'indemnisation et d'un revenu de remplacement proportionnel au salaire. Le registre est dès lors celui du salaire différé et non plus celui de l'allocation tutélaire. Il en va de même des propositions récentes du MEDEF élaborée dans le cadre de la négociation sur la réforme du marché du travail. L'idée est de revenir à un système d'indemnisation en deux étages : un premier étage « *tutélaire* » de base (financé par l'Etat) et un second étage professionnel (l'Unedic) sur le principe du salaire différé. L'indemnisation conventionnelle des chômeurs n'est donc pas toujours nécessairement revendiquée dans la bouche du patronat comme un simple filet de sécurité tutélaire.

Par contre, l'ensemble des mesures qui accompagnent la délivrance et le maintien du droit sont pour leur part de nature tutélaire. La convention Unedic définit les comportements adéquats nécessaires au maintien du droit. La logique d'activation des chômeurs promue depuis plus de 25 ans, mais pratiquée à grande échelle depuis 2001 à l'Unedic, multiplie les exigences tutélares. Le devoir d'employabilité que le patronat fait valoir à sa manière en posant l'exigence de mobilité, de dégressivité de l'offre valable d'emploi, en affirmant l'accompagnement comme un contrôle et en soutenant des formes d'accompagnement qui font valoir le devoir sur le droit, fait que la logique d'activation contribue à forger une dimension tutélaire prégnante sur le salaire différé. Le patronat

¹⁵⁰ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

¹⁵¹ MEDEF, *Négociations d'assurance chômage : des mesures autour de la personne du chômeur*, déclaration du MEDEF du 24 novembre 2005.

se retrouve au final dans une pratique qui mêle les formes de légitimités du salaire différé et de l'allocation tutélaire.

2.5. L'absence d'europanisation des acteurs et des enjeux

Un des constats flagrants de l'observation de notre terrain est, à l'inverse de ce qui se passe dans l'assurance maladie complémentaire (voir plus bas), l'absence de l'intégration européenne dans les préoccupations des organisations syndicales et patronales lorsqu'ils pensent la régulation de la couverture du chômage.

Pourtant, le solde négatif de l'UNEDIC est une composante des déficits publics au sens des règles budgétaires européennes, le déficit de l'assurance chômage étant assimilé à un « déficit d'une administration publique ». On aurait dès lors pu penser que les normes budgétaires du pacte de stabilité et de croissance sur les déficits publics autorisés, aurait pu être mobilisées par le patronat puisque celui-ci a tenté d'instrumentaliser le déficit du régime lors de la négociation de 2005. Mais cet impératif communautaire n'apparaît pas dans les discours patronaux, pas plus que dans les discours syndicaux ou étatiques sur la gestion du régime d'assurance-chômage.

De même, l'activation des dépenses et des chômeurs et globalement la logique de tutélarisation des ressources, portées par la CFDT mais aussi par le patronat, aurait pu trouver un appui argumentaire en mobilisant le contenu de la Stratégie européenne pour l'emploi (SEE)¹⁵², puisque cette dernière revendique des orientations similaires. Le mot d'ordre affirmé par la Commission européenne que la protection sociale « doit être mise au service de l'emploi »¹⁵³ invite également à une subordination de l'indemnisation du chômage à un objectif de retour le plus rapide possible du demandeur de l'emploi sur le marché du travail. Mais aux dires d'Annie Thomas, Présidente de l'Unedic et membre de la délégation CFDT, « *concernant l'assurance chômage, je crois qu'il y a peu de référence directe aux politiques européennes, ce sont des références sourdes si vous voulez, c'est à dire on est irrigué par ce qu'il se passe au niveau européen (...)* Et donc c'est plutôt comme ça, si vous voulez par irrigation, plutôt que de faire référence à un seuil quelconque de réduction, on participe à un cadre de politique de l'emploi dans le cadre du PNAE avec le gouvernement mais c'est peu notable de manière directe si vous voulez. Par exemple, là vous n'avez pas « *considérant les décisions prises par la Commission Européenne, par l'Europe concernant,...* » Vous voyez, dans les attendus vous ne les avez pas. Si je regarde de près vous ne les avez pas. Donc il n'y a pas de référence précise, c'est plus par irrigation »¹⁵⁴.

¹⁵² La SEE a été créée en 1997 avec une forte influence politique des représentants français. Au point de vue du contenu, les premières lignes directrices (voir ci-dessous) reprennent les analyses contenues dans le livre blanc de 1993 de la Commission européenne : « emploi compétitivité et croissance en Europe ». Jusqu'en 2005, il s'agit d'un processus autonome consacré aux politiques d'emploi qui se déroule ainsi :

- le Conseil européen examine chaque année un rapport sur la situation de l'emploi en Europe
- suite aux conclusions, la Commission propose et le Conseil adopte des lignes directrices pour l'emploi
- en réponse à ces lignes directrices, les États membres rédigent un plan national pour l'emploi qu'ils transmettent à la Commission et au Conseil
- la Commission peut proposer et le Conseil adopter des recommandations aux différents États membres

Depuis 2005 et le lancement d'un processus de rationalisation des différentes méthodes ouvertes de coordination, la stratégie européenne pour l'emploi a été fusionnée avec les autres processus de coordination des politiques (notamment en matière économique et de protection sociale). Les lignes directrices adoptées suivant le schéma antérieur sont dites « intégrées » (dans l'exercice 2005-2008 seules les lignes 17 à 24 sont consacrées aux politiques d'emploi). De leur côté les États membres rédigent maintenant des plans nationaux de réforme qui couvrent presque intégralement le champ de leurs politiques économique et sociale

¹⁵³ Par exemple, dans la communication " Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale" (COM (99) 347 final) du 14 juillet 1999, on peut relever le point 2.2 suivant : « Au cœur de la mise en œuvre de la stratégie européenne pour l'emploi figure la relation étroite entre les politiques de l'emploi et de protection sociale ».

¹⁵⁴ Entretien du 11 avril 2006.

D'une manière générale, l'analyse de la SEE pose un problème majeur si on souhaite vérifier ainsi la part de l'Europe dans la transformation de la gouvernance. C'est la difficulté à relier effectivement une décision intervenue au niveau national avec les lignes directrices ou avec le plan national français. Les plans nationaux semblent plutôt rédigés pour acter de réformes déjà intervenues que pour constituer un moment dans un processus décisionnel¹⁵⁵. Ainsi s'expliquerait le fait que leur contenu est souvent évasif et qu'ils répugnent à fournir des objectifs chiffrés. L'effet performatif sur les organisations syndicales et patronales lorsqu'elles négocient la couverture conventionnelle est encore plus incertain que la connaissance des engagements de la France dans les PNAE/PNR semble imprécise. Ainsi, le chef de file de Force Ouvrière à la négociation confirme l'absence de l'enjeu de l'intégration européenne dans la négociation. Parlant des engagements européens de la France dans le cadre de la SEE et des PNAE/PNR, qui pourraient impacter les contenus de la convention Unedic, le dirigeant syndical précise : « *On en a une connaissance très imprécise(...). Ce sont des éléments de débat, des thèmes, mais nous n'avons jamais la connaissance précise des engagements vrais de l'Etat au niveau européen en la matière. Jeudi après-midi, je vais au CDSEI (Comité du Dialogue Social Européen et International). On va m'informer sur le PNR (Plan National de Réforme). On me donne les grandes lignes, mais on ne me donne pas le détail des engagements que la France prend vis-à-vis de la Commission Européenne. C'est la méthode ouverte des coordinations. Et ces engagements là on ne les a jamais noir sur blanc. Ce qui veut dire, c'est que l'idée est dans l'air mais elle est discutée, mais jamais à partir de documents précis* »¹⁵⁶.

Plutôt que la stratégie européenne pour l'emploi et ses formalisations dans le PNAE/PNR, c'est plus spontanément à des exercices directs de comparaison internationale que nos interlocuteurs renvoient spontanément lorsqu'il s'agit d'aborder la thématique européenne : « *On est irrigué par les exemples européens d'autant plus que il y a un bon service international à l'UNEDIC qui nous a donné des documents comparatifs (...). On est irrigué par la pratique au niveau de la CES¹⁵⁷ et puis je pense que tout le monde... enfin il y a eu un très gros efforts d'information sur ce qui se passe ailleurs, la flexsécurité, l'exemple danois, l'exemple hollandais, ... Nous sommes allés par exemple avec Gérard Larcher au printemps en Suède pour voir un peu ce qu'il se passait par rapport au chômage des jeunes et à l'insertion des seniors et c'est la plupart des négociateurs qui étaient là qui ont fait partie de ce voyage. Donc voilà comment ça se passe* »¹⁵⁸.

Ainsi, les négociations dans leur contenu ne semblent pas directement impactées par les enjeux d'harmonisation européenne contenue dans la SEE. Il existe certes entre les orientations de la couverture conventionnelle du chômage et celles décidées au niveau communautaire un lexique et une grille de lecture communs. On pourrait donc utiliser des outils comme l'analyse des référentiels en politique publique pour décrire le cheminement des idées entre niveau communautaire et niveau national. Mais ceci ne résout pas la question de la primauté historique de l'un par rapport à l'autre d'une part, ni même que l'influence soit d'origine européenne d'autre part¹⁵⁹.

¹⁵⁵ Le seule contre-exemple que l'on peut trouver à l'inefficacité performative de la SEE et de ses traduction en PNAE/PNR est lorsque le Ministère du travail argua en 1998 de l'inscription dans le PNAE du programme " nouveau départ " pour légitimer sa budgétisation ultérieure contre l'avis de Bercy (Coron et Palier, 2002).

¹⁵⁶ Entretien de Jean-Claude Quentin, 16 septembre 2006.

¹⁵⁷ Confédération européenne des syndicats.

¹⁵⁸ Entretien d'Annie Thomas, 11 avril 2006.

¹⁵⁹ A cet égard, pour Jean-Claude Quentin, les orientations des politiques européennes sont bien davantage issues de l'OCDE que de l'Union européenne en tant que telle : « *la communauté européenne reprend ces notions de l'OCDE, et en fait des axes de sa politique coordonnée dans les différents Etats membres (...)* Il y a des experts de l'OCDE qui font des derniers rapports sur les taux [d'emploi dont l'augmentation est un objectif des Etats-membres]. *C'est quand même assez clair de ce point de vue-là* », Entretien du 16 septembre 2006.

Conclusion

CGT, CFDT et FO déroulent toutes trois un programme revendicatif à la fois fidèle à leurs conceptions de la forme légitime de l'accès aux ressources des chômeurs et relativement modeste dans ses prétentions. Les revendications syndicales, si elles sont soumises aux contraintes conjoncturelles, ne sont jamais seulement affaire de circonstances du moment. Chaque confédération déploie ses propositions dans le cadre idéologique qui depuis 25 ans ou davantage fonde ses discours et dans bien des cas ses actes.

Ainsi, la CFDT développe une conception du droit à indemnisation des chômeurs par l'UNEDIC comme un salaire à la fois différé et tutélaire. Différé parce que les cotisations sociales sont un préalable minimum à l'accès au droit. Tutélaire, parce que cette contrepartie n'est pas suffisante : la priorité à l'emploi dont la CFDT fait son leitmotiv au début des années 1980 (qui justifie encore en 2005 les modalités de taxation de la précarité proposées par la CFDT) a amené la centrale à développer dans les années 1990 les thèmes de l'activation des dépenses et des chômeurs et à faire du consentement des chômeurs à des actions de retour en emploi une condition supplémentaire pour bénéficier du droit. C'est notamment ce cheminement revendicatif qui l'amène à soutenir certains dispositifs de formation et d'emploi subventionnés, à accepter la dégressivité des allocations en 1992¹⁶⁰ et surtout à promouvoir le PARE en 2000. En 2005, la revendication d'une amélioration des dispositifs d'activation des chômeurs poursuit cette volonté de « tutélarisation »¹⁶¹ (dont elle veut par ailleurs conserver le niveau et la durée). « *Inciter les chômeurs à s'inscrire dans une démarche de retour à l'emploi est crucial. C'est la logique de la sécurisation des parcours professionnels. (...) Il faut que la période de recherche d'emploi soit l'occasion de valoriser les points forts des curriculum vitae, de positiver les acquis et de pallier les carences* »¹⁶². Exprimée en ces termes, la logique de sécurisation des parcours professionnels est une logique tutélaire, puisqu'il s'agit bien de désigner et combler les carences du demandeur d'emploi. Le droit à ressources des chômeurs dans le discours et la pratique cédétiste se définit comme un salaire différé et tutélaire.

Pour sa part, FO revendique comme cadre de pensée de l'indemnisation UNEDIC la forme canonique du salaire différé. Si, jusqu'à la fin des années 1970, le syndicat a accompagné, dans un contexte de plein emploi ou de chômage jugé transitoire, la socialisation pragmatique du salaire pour les chômeurs, elle a dû au début des années 1980, face aux premières difficultés financières du régime, affirmer sa conception de l'indemnisation légitime du chômage selon laquelle le droit à ressources est la contrepartie des cotisations directes (salariales) et indirectes (patronales) versées lorsque le chômeur était en activité (en ce sens les filières d'indemnisation sont conformes à cette conception du droit et FO a pu en accepter la mise en œuvre en 1982¹⁶³). Si cette vision du droit à ressources des chômeurs exclut du droit ceux qui n'ont pu « différer » du salaire (FO a soutenu la dualisation du système d'indemnisation et réclame sans cesse la clarification des rôles entre Etat et Unedic), en revanche aucune autre contrepartie ne peut être acceptée (ce qui explique le refus traditionnel de l'activation des chômeurs qui de fait ajoute des conditions supplémentaires à l'accès au droit, dénaturant l'idée de salaire différé, et ce malgré l'entorse que peuvent représenter les contrats de professionnalisation à ce principe de refus de l'activation). Les revendications de la négociation 2005 s'inscrivent donc dans la continuité de cette lecture du droit à ressources des chômeurs, qu'il s'agisse de maintenir les droits en l'état ou d'exiger une clarification des rôles entre l'ANPE et l'UNEDIC. S'agissant de la surcotisation sur les emplois précaires, celle-ci constitue une

¹⁶⁰ Présenté comme un dispositif d'activation des chômeurs.

¹⁶¹ Nous entendons par tutélarisation le mouvement de remplacement du salaire socialisé ou différé, direct ou indirect, par de l'allocation ou du salaire tutélaire.

¹⁶² CFDT, « Négociations Unedic : chacun doit prendre ses responsabilités », www.cfdt.fr, 24 octobre 2005.

¹⁶³ En les reconduisant dans l'accord de 1984.

ressource supplémentaire du régime et un frein à la précarité, mais est également, nous l'avons vu, une mesure conforme au cadre cognitif du salaire différé.

Il est plus délicat de tirer des conclusions franches avec la CGT. Les conceptions de FO et de la CFDT sont aussi vérifiées par leurs pratiques (présentes ou passées) de signataires et gestionnaires du régime d'assurance-chômage. Pour la CGT, qui n'a jamais signé un seul accord Unedic, seul son discours fait foi. La CGT développe une conception encore différente des deux autres grandes confédérations. La notion de salaire différé n'est jamais véritablement remise en cause, et à cet égard le conflit de la négociation en 2000 a montré que lorsque la CGT devait argumenter contre les projets des signataires, le cadre cognitif du salaire différé était un appui essentiel malgré la pétition de principe de rupture du lien cotisation-prestation¹⁶⁴. Pour autant, l'exclusion de fait de ceux qui ne rentrent pas dans les critères du différé de salaire ne satisfait pas les exigences de la CGT. A cet égard, la centrale syndicale a toujours pris des libertés avec le principe du salaire différé dans ses revendications. Qu'il s'agisse des primo demandeurs d'emploi ou des modalités de cotisations et de prestations des ex-salariés à temps partiels, dont le cas est à nouveau mis en avant par la CGT en 2005. La socialisation du salaire fait donc toujours quelques percées dans son programme revendicatif (quand elle n'affirme pas simplement la nécessité de rompre le lien entre cotisation et prestation). La CGT développe donc une représentation de l'indemnisation UNEDIC légitime comme un salaire différé mais en partie socialisé à la faveur de certains publics.

Si chaque organisation syndicale revendique selon la grille de lecture qui est la sienne, le contexte les mène à ajuster leurs propositions. La relative modestie revendicative lors de la négociation de 2005 tient au contexte dans lequel la négociation s'inscrit. Le déficit auquel est confronté l'assurance-chômage oblige les organisations syndicales à se porter sur la défense des acquis. Ne pas toucher à l'indemnisation est le mot d'ordre général des syndicats. S'agissant de la CFDT, il s'agit aussi de conserver et d'améliorer le système d'activation des chômeurs. La seule revendication syndicale offensive, si l'on écarte les revendications plus formelles notamment de la CGT, est la taxation des emplois précaires. Toutefois, cette proposition faite en faveur des salariés, n'a pu être mise en avant que parce qu'elle est également une mesure d'assainissement financier du régime. Avec cette revendication, les syndicats font d'une pierre deux coups : répondre à la nécessité d'équilibre comptable de l'UNEDIC et lutter contre la précarité (ou l'abus de précarité).

Le patronat, pour sa part, dans la lignée de la négociation de 2000, à côté de la revendication de modération des cotisations Unedic, a définitivement adopté l'activation des chômeurs dans sa grille revendicative. Celle-ci résonne avec l'exigence d'un contrôle de la « bonne foi » du chômeur dans sa recherche d'emploi et d'une forme d'injonction à l'amélioration de son employabilité. Le droit à ressources des chômeurs présenté simultanément comme filet de sécurité et comme droit assurantiel de type salaire différé dans le discours patronal est donc particulièrement marqué par l'exigence tutélaire pour le chômeur de se plier à des mesures visant à contrecarrer ses manques afin de recouvrer au plus vite une employabilité y compris par un recul des exigences en matière de qualité d'emploi et de salaire. Le front syndical de refus de faire supporter le déficit aux chômeurs a conduit le patronat à renoncer à la réintroduction de la dégressivité et ne lui a pas permis de durcir fortement les conditions d'accès à l'indemnisation par une refonte forte des filières d'indemnisation. Mais le renforcement des procédures de suivi des demandeurs d'emploi peut à l'évidence devenir un outil de pression sur les chômeurs.

L'étude des discours permet de passer en revue les divergences et points communs sur lesquels les acteurs devront se prononcer dans la négociation et qui seront la base de la constitution d'un accord. On voit déjà se dessiner les points d'accords entre la CFDT et le Medef s'agissant de leurs conceptions communes des formes légitime d'indemnisation. Si les nuances sont nécessaires entre

¹⁶⁴ Cf. Jean-Pascal Higelé, *L'alliance MEDEF-CFDT dans la négociation UNEDIC de 2000 : l'affirmation du droit à l'emploi contre le droit au salaire des chômeurs*, Thèse de doctorat, 2004.

droit et devoir d'employabilité, entre tutelle d'accompagnement et tutelle de contrôle, les deux organisations se retrouvent sur l'idée de forger le droit des chômeurs dans le moule du salaire différé et tutélaire.

Mais il n'est pas tout de revendiquer, encore faut-il « transformer l'essai ». Nous avons évoqué plus haut la manière dont la négociation UNEDIC de l'année 2000 s'était résolue autour de trois acteurs centraux. Parmi les organisations syndicales, la CFDT avait joué un rôle majeur à l'époque en obtenant la mise en œuvre d'un dispositif d'ampleur d'activation des dépenses et des chômeurs, CFTC et CGC apportant leur soutien à cette démarche. Par contre, la CGT et FO avaient été mises à l'écart de fait confronté dans un premier temps à l'accord CFDT-MEDEF puis à l'impossibilité de s'immiscer dans le face-à-face signataires-Etat. Cette configuration (accord CFDT-patronat soutenu par la CGC et la CFTC et dénoncé par FO et la CGT) s'inscrivait dans la longue lignée des accords Unedic qui se sont structurés sur un partenariat de long terme entre une organisation syndicale et le patronat. Qu'en est-il en 2005 ?

3. Le contenu de la convention UNEDIC 2006

Nous pouvons résumer le résultat de la négociation 2005 en ces termes : alors que les conditions d'indemnisation ne sont pas retouchées de manière majeure (3.1) il est convenu une « amélioration » de l'activation des dépenses et du suivi des chômeurs (3.2), ainsi la convention UNEDIC 2006 réaffirme le droit à indemnisation des chômeurs comme un salaire différé et tutélaire (3.3). Nous ne revenons pas sur la modification des contributions dont nous avons déjà donné la substance plus haut.

3.1. Les modalités d'indemnisation

Le modalités de calcul de l'indemnisation restent inchangées par rapport aux conventions précédentes : 57,4% du salaire de référence ou 40,4% de celui-ci à laquelle s'ajoute une partie fixe (10,66 euros par jour au 01/07/07), le calcul le plus favorable étant retenu. En outre une allocation minimale est définie (26,01 euros par jour au 01/07/07) de même qu'un plafond¹⁶⁵.

S'agissant des durées d'indemnisation, les filières sont par contre modifiées à la marge.

Anciennes filières d'indemnisation définies par l'accord du 20 décembre 2002 renouvelées par la convention du 1^{er} janvier 2004

Filière	Durée d'affiliation (de cotisation)	Durée d'indemnisation
A	6 mois au cours des 22 derniers mois	7 mois
B	14 mois au cours des derniers 24 mois	23 mois
C	27 mois au cours des derniers 36 mois	de 50 ans à 57 ans : 36 mois
D	27 mois au cours des derniers 36 mois	Plus de 57 ans : 42 mois

Nouvelles filières définies par l'accord du 22 décembre 2005 (les nouveautés sont en gras)

Filière	Durée d'affiliation (de cotisation)	Durée d'indemnisation
A	6 mois au cours des 22 derniers mois	7 mois
A+	12 mois au cours des 20 derniers mois	12 mois
B	16 mois au cours des derniers 24 mois	23 mois
C	27 mois au cours des derniers 36 mois	Plus de 50 ans : 36 mois
D	Filière supprimée	

¹⁶⁵ Le salaire de référence ne prend pas en compte les rémunérations dépassant 4 fois le plafond de sécurité sociale. La détermination de l'allocation journalière s'en trouve ainsi plafonnée à un peu plus de 170 euros (5127 euros mensuels).

La création d'une nouvelle filière "A+" va permettre d'augmenter la durée d'indemnisation de 7.000 et 20.000 chômeurs. En revanche, la modification de la filière B devrait exclure entre 35.000 et 100.000 chômeurs selon les sources. A titre de comparaison, sur l'année 2005, le régime d'assurance chômage (hors formation et hors régime de solidarité) indemnisait en moyenne 2,135 millions de demandeurs d'emploi par mois.

La suppression de la filière D devrait être sans conséquence puisque celle-ci concernait les allocataires de 57 ans et plus. Or, la durée d'indemnisation de 36 mois leur est suffisante pour atteindre l'âge de 60 ans auquel ils peuvent faire valoir leur droit à une pension de retraite. De plus l'article 12-3 du règlement annexé à la convention de 2006 (qui reconduit en l'état une disposition déjà existante à laquelle l'accord du 22 décembre 2005 faisait explicitement référence), précise que les allocataires de 60 ans peuvent continuer (au maximum jusqu'à 65 ans) à être indemnisés par l'Unedic s'ils ne justifient pas de la durée requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein. La suppression de la filière D devrait donc être sans effet.

Certes, les demandeurs d'emploi endossent pour partie la résorption du déficit par une modification des filières mais dans une proportion faible au regard du déficit cumulé du régime. Les conditions d'indemnisation ne sont donc pas revues de manière radicale¹⁶⁶, les signataires comptant davantage, pour résorber le déficit, sur une conjoncture de l'emploi favorable et sur les mesures d'activation des chômeurs qui se trouvent renforcées.

3.2. L'activation réaffirmée et renforcée

Systematisée par la convention de 2001¹⁶⁷, la logique d'activation des chômeurs et des dépenses à travers des mesures d'accompagnement des demandeurs d'emploi, d'individualisation des suivis, et d'aide au retour à l'emploi, apparaît toujours dans la convention 2006 comme étant au cœur du dispositif d'indemnisation du chômage. A ce titre, l'accord rappelle que « *indemnisation et retour à l'emploi sont liés* » (art.1, §3). Cette logique d'activation des chômeurs est même intégrée comme l'un des deux objectifs de la convention d'assurance chômage par le 1^{er} paragraphe du 1^{er} article : « *la présente convention définit le dispositif national interprofessionnel d'assurance chômage destiné à assurer un revenu de remplacement pendant une durée déterminée aux salariés involontairement privés d'emploi et à favoriser leur retour à l'emploi* ». La mission d'accompagnement vers l'emploi de l'UNEDIC est omniprésente dans le préambule de la convention du 18 janvier 2006 : les partenaires sociaux « *réaffirment la nécessité de promouvoir un dispositif incitatif à la reprise d'emploi* », « *conciliant la priorité de retour à l'emploi et l'évolution des conditions d'indemnisation* », « *promouvoir un accompagnement personnalisé du demandeur d'emploi dans le cadre de parcours différenciés afin d'accélérer le retour à l'emploi des allocataires* », « *contribuer à la réussite des démarches pour l'emploi* »...etc.

Dans l'esprit du texte, la convention 2006 reprend donc les dispositions des conventions depuis 2001. Concrètement, le demandeur d'emploi s'engage dans un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE), dispositif qui prend la place de l'ancien PAP (projet d'action personnalisé) avec les mêmes buts. Il s'agit toujours de définir les objectifs de reclassement du chômeur : le type d'emploi recherchés et les mesures à prendre pour y parvenir (bilan de compétences, formations, aides financières...).

La convention 2006 est donc dans la lignée de 2001 et 2004, mais les signataires envisagent un système d'orientation des demandeurs d'emplois qui se veut plus efficace. Cette orientation

¹⁶⁶ Rappelons tout de même que tous ceux qui ont cotisé entre 14 et 16 mois dans les deux dernières années voient la durée de leur droit passer de 23 à 12 mois. A terme, plusieurs dizaines de milliers de demandeurs d'emploi auront à en pâtir par une exclusion plus précoce du régime d'assurance-chômage.

¹⁶⁷ Certains dispositifs d'activation existaient toutefois auparavant.

commence avant même le premier rendez-vous à l'ANPE (contrairement à ce qui faisait auparavant) puisque dès son inscription sur la liste des demandeurs d'emploi, le chômeur sera l'objet d'« une évaluation de ses perspectives de reclassement et d'un diagnostic initial permettant d'apprécier sa distance à l'emploi »¹⁶⁸, réalisés par l'agent ASSEDIC (à l'aide d'un modèle géré par un logiciel conçu à cet effet). Ce premier profilage reste cependant indicatif, la responsabilité quant à la définition du contenu du PPAE restant à l'ANPE sur la base d'un entretien (le PEP- premier entretien professionnel) avec le demandeur d'emploi : « *il faut confirmer le résultat que [le modèle] donne, suite à l'entretien à l'ANPE, et on fait intervenir une dimension emploi qui n'est pas dans le modèle et donc c'est confirmé ou infirmé et c'est à la suite de ça qu'on fait entrer les intéressés dans un des parcours* »¹⁶⁹.

En effet, suite à ce travail de définition de la distance à l'emploi, trois niveaux d'accompagnement sont possibles (nous excluons les trois parcours réservés aux créateurs-repreneurs d'entreprises, aux chômeurs en activité réduite et aux travailleurs saisonniers qui relève d'une autre logique). « *Les parcours d'accompagnement sont la concrétisation de l'idée qu'un retour à l'emploi se construit au regard de plusieurs paramètres que sont la qualification, les compétences professionnelles de l'allocataire, son projet professionnel et les caractéristiques du marché du travail dont il relève* » (circulaire UNEDIC du 21 août 2006 relative à la mise en œuvre du PPAE). Chaque demandeur d'emploi est orienté dans l'un de ces parcours¹⁷⁰ dont le contenu est défini par la convention ANPE-UNEDIC du 1^{er} juin 2006 (annexe 1) :

- « *Le parcours de type 1 concerne les allocataires présentant une distance à l'emploi courte et considérés comme directement employables dans leur bassin d'emploi ou dans un bassin limitrophe, ou sur des métiers porteurs ou en tension* ». L'accompagnement est ici minimal (« *proposer un accès simple et rapide aux services de l'Anpe* », tandis que « *les aides relatives à la formation sont exclues de ce dispositif* »). Toutefois, « *la durée de ce parcours est limitée à 3 mois*¹⁷¹ avec des contacts de l'Anpe et de l'Assédic tous les 15 jours en moyenne ».
- « *Le parcours d'accompagnement de type 2 concerne les allocataires présentant une distance à l'emploi modérée* ». Le suivi et les prestations offertes (« *Toutes les aides au reclassement sont mobilisables dans le cadre de ce parcours* ») cherchent « *à réduire les écarts entre le projet personnalisé d'accès à l'emploi du demandeur et les exigences du marché* ». La fréquence des entretiens de suivi est mensuelle.
- « *Les parcours d'accompagnement de type 3 concernent les allocataires présentant une distance à l'emploi longue* ». Dans ce cas « *l'offre de services est axée sur la recherche d'emploi et sur le projet de l'allocataire* » afin d'établir les types d'emplois auxquels le demandeur d'emploi peut prétendre. « *Un accompagnement spécifique dit de "mobilisation vers l'emploi" peut être proposé aux allocataires de l'assurance chômage rencontrant des difficultés particulières de réinsertion professionnelle et sociale* ».

La nature du suivi et des prestations mobilisables, la fréquence des contacts ou entretiens, des révisions du PPAE, comme des contrôles par l'ANPE ou l'ASSEDIC est prévue par l'annexe 1 de la convention ANPE-UNEDIC. Le demandeur d'emploi est donc particulièrement encadré, les procédures sont très précises et rendues d'autant plus efficaces que se met en place le DUDE (dossier unique du demandeur d'emploi) permettant le partage d'information entre les différents intervenants (y compris les prestataires privés qui peuvent être sollicités par l'UNEDIC pour assurer le reclassement de certains publics de chômeurs, à la place de l'ANPE). Par rapport au PAP, le

¹⁶⁸ Annexe n°1 à la Convention Anpe-Unédic (du 1er juin 2006) relative à la mise en œuvre du projet personnalisé d'accès à l'emploi (chap. 1^{er}, § 1^{er}).

¹⁶⁹ Directeur du service des affaires juridiques de l'UNEDIC, entretien du 25 juillet 2006.

¹⁷⁰ « *Le projet personnalisé d'accès à l'emploi se concrétise par l'inscription de l'allocataire dans un parcours d'accompagnement différencié, adapté à sa situation et à sa distance à l'emploi* » (convention ANPE-UNEDIC du 1^{er} juin 2006, art.3).

¹⁷¹ Au delà de ce délai de 3 mois, le demandeur d'emploi se trouve automatiquement réaffecté au parcours de type 2.

PPAE est marqué par un objectif de suivi plus poussé (entretiens mensuels) et une fréquence de révision du PPAE plus soutenue (au 4^{ème}, 7^{ème} et 13^{ème} mois aujourd'hui¹⁷² contre 6^{ème} et 12^{ème} mois dans le PAP). En outre ce sont les outils mis en œuvre pour l'accompagnement et l'aide au retour à l'emploi qui se multiplient.

En plus des dispositifs d'accompagnement (bilan de compétences, atelier, formations) et d'aide financière (aide à la mobilité, aide dégressive à l'employeur, contrat de qualification adulte) qui existent et sont financés depuis 2001 par les ASSEDIC, la nouvelle convention UNEDIC 2006 met en œuvre de nouveaux dispositifs d'activation des dépenses et des chômeurs.

- allocation différentielle pour les allocataires chômeurs de longue durée de plus de 50 ans acceptant un emploi dont la rémunération est inférieure de 15% à leur ancien emploi
- financement de la validation des acquis de l'expérience (VAE)
- financement de contrats de professionnalisation
- aide à la création d'entreprise

Cette volonté de renforcer l'activation des demandeurs d'emploi se ressent également dans les moyens qui y sont attribués. Si l'on compare le budget consacré à l'activation en 2005 et celui de 2006 (cumul des dépenses d'accompagnement des chômeurs, de gestion et de prestation de l'ANPE, de VAE, de contrats de qualification adultes et de contrat de professionnalisation, d'ARE¹⁷³ différentielle, d'aide à la mobilité, d'aide dégressive à l'employeur et d'aide à la création d'entreprise), les dépenses de 2005 s'élèvent à 866 millions d'euros, tandis qu'en 2006, le montant atteint 1070 millions d'euros et que les prévisions de l'UNEDIC pour 2007 font état d'un budget de 930 millions d'euros¹⁷⁴.

3.3. Renforcement de la tutélarisation du salaire différé

Si la CFDT et le patronat s'accorde en 2005, c'est d'abord parce que, comme en 2000, le contenu de l'accord s'inscrit dans leurs représentations des formes légitimes de l'indemnisation du chômage par l'UNEDIC. Cette négociation 2005 s'inscrit, du point de vue des formes de légitimité de l'indemnisation du chômage dans la continuité de l'accord de 2000 et de la convention de 2001. Le PARE initiait les chômeurs à un régime de ressources qui mêle les principes du salaire différé et la logique tutélaire, que poursuit aujourd'hui la convention du 18 janvier 2006.

Salaire différé, puisque le principe des filières d'indemnisation issues de la réforme de 1982, qui instaure le principe selon lequel la durée de prestation est fonction de la durée de cotisation, est toujours d'actualité. La cotisation sociale apparaît non pas comme une mutualisation du salaire mais comme une épargne fictive permettant de différer dans le temps, fictivement, le versement du salaire. Le nouvel accord Unedic définit à nouveau 4 filières d'indemnisation, un peu plus restrictives que celles de la convention 2004, déficit oblige.

Logique tutélaire parce que l'indemnisation du chômage a cela de particulier, vis-à-vis des autres formes de prise en charge du hors emploi, qu'il s'agit d'un droit marqué par le soupçon permanent de son illégitimité. Le chômeur légitime, à qui le droit à ressources peut être accordé, est un demandeur d'emploi actif dans ses recherches. Il faut donc contrôler en permanence cette volonté d'insertion professionnelle et faire du placement dans l'emploi la priorité. Au fond, le droit qu'il est légitime de garantir pour les chômeurs a toujours été, de manière plus ou moins forte selon les

¹⁷² Pour autant, en contradiction avec la convention Anpe-Unedic du 1^{er} juin 2006, le règlement annexé à la convention 2006 prévoit une révision a minima à seulement 6 et 12 mois comme précédemment avec le PAP.

¹⁷³ Allocation de retour à l'emploi, qui est le nom de l'allocation UNEDIC.

¹⁷⁴ Données publiées dans UNEDIC, *Statis*, n°185, 3^{ème} trimestre 2007.

périodes, davantage celui du placement que celui de l'accès aux ressources¹⁷⁵. La tutelle est donc permanente, l'accès aux ressources toujours conditionné à un comportement et aux preuves de celui-ci. A mesure que se développent, en plus du contrôle, le suivi et l'accompagnement du demandeur d'emploi, la tutelle du service public de l'emploi devient plus forte. L'accompagnement personnalisé des chômeurs qui va croissant conditionne l'accès aux ressources à un comportement conforme à l'injonction de la tutelle du service public de l'emploi. En plus des principes de durée de cotisations préalable régissant le droit de salaire différé, se surajoute la logique d'employabilité (différentielle¹⁷⁶) qui signifie que l'on recherche des manques ou des invalidations par rapport aux exigences des employeurs et qu'on cherche à les contrecarrer. La lutte contre ces invalidations, par la formation, les stages ou ateliers divers, les bilans de compétences, etc. devient une seconde condition de l'accès au droit.

A cet égard, nous l'avons vu, la convention met en place « l'évaluation personnalisée des perspectives de reclassement » par « un diagnostic initial sur la situation du demandeur d'emploi et sa distance à l'emploi ». Derrière ce diagnostic, cette évaluation d'une distance à l'emploi, il s'agit de repérer les carences des demandeurs d'emploi qui seraient à l'origine de leur inemployabilité. Le manque apparaît presque comme le fondement du droit. Le PPAE, comme le PAP avant lui, prescrit ensuite le comportement à adopter pour continuer à bénéficier du droit à ressources. L'intervention d'une tutelle, incarnée par le service public de l'emploi dans sa globalité¹⁷⁷ (ANPE, UNEDIC, services de l'Etat), est donc essentielle dans la définition du droit à ressources des chômeurs, à la fois parce qu'elle définit les manques à combattre et les moyens des les combattre. L'application des prescriptions de la tutelle sont là encore une condition supplémentaire de l'accès à l'indemnisation. Cette condition est d'ailleurs d'autant plus affirmée que le système de contrôle de recherche d'emploi est plus efficace, ce qui est l'ambition de la réforme par l'Etat en 2005 du système de contrôle et de sanction (voir partie 2).

Cette logique tutélaire a bien entendu des effets contradictoires puisqu'elle produit à la fois de la contrainte et des droits. Mais elle implique un fondement du droit à ressources différent de la conception de l'indemnisation strictement en termes de salaire différé. Lorsque le chômeur se trouve invalidé par le diagnostic sur sa distance à l'emploi, la logique tutélaire se surajoute aux principes du salaire différé. Or, selon les prévisions de l'Unedic, les publics nécessitant une prescription tutélaire des conduites à tenir pour se réinsérer professionnellement sont largement majoritaires : « En année pleine, sur la base de projections faites pour l'année 2006, on estime que 1.291.000 demandeurs d'emplois indemnisés entrent dans un parcours dont 193.650 sur un parcours de type 1 au moment du PEP »¹⁷⁸. L'Unedic estime donc que les demandeurs d'emploi ayant une distance à l'emploi courte représentent environ 15% du total des chômeurs¹⁷⁹. L'insistance sur la démarche de repérage des carences explicative du chômage et sur les moyens de les combler, transforme la nature du droit à l'UNEDIC.

Nous sommes donc de plain-pied dans un régime de salaire différé et tutélaire conforme à la conception cédétiste du droit à ressources des chômeurs, qui entre en résonance avec le point de vue patronal d'un droit assurantiel soumis à l'injonction d'amélioration de l'employabilité, mais qui heurte aussi bien la lecture en terme de salaire différé strict de FO ou l'approche du droit sous les traits du salaire différé en partie socialisé de la CGT. Si le recours à ce seul élément ne suffit pas à expliquer entièrement les positionnements des organisations syndicales au cours de l'histoire de

¹⁷⁵ Sur le lien étroit qui unit historiquement indemnisation et placement voir notamment Christine Daniel et Carole Tuchszirer, *L'Etat face aux chômeurs*, 1999. Sur le changement de « nature » du chômeur, voir Serge Ebersold, *La naissance de l'inemployable*, Rennes, PUR, 2001, 208 p.

¹⁷⁶ Cf. Raymond Ledrut, *Sociologie du chômage*, PUF, 1966.

¹⁷⁷ d'autant plus unifié depuis la mise en œuvre du DUDE (l'Unedic est maintenant partie prenante du SPE).

¹⁷⁸ Convention ANPE-UNEDIC du 1^{er} juin 2006, annexe 1.

¹⁷⁹ La marge d'erreur est importante car nous n'avons que des données d'estimations partielles notamment s'agissant des parcours spécifiques pour lesquels nous n'avons qu'un chiffre concernant les créateurs-repreneurs d'entreprises en entrée cumulé au moment du PEP et au 4^{ème} mois (54 820).

l'UNEDIC – il s'en est sans doute fallu de peu pour que FO soit signataire en 2005 – ce lien entre la conformité du droit à ressources effectif avec la conception qu'en ont les organisations syndicales est tout de même central dans l'explication de la partition signataires-non signataires des accords et des partenariats de long terme qui jalonnent cette histoire. De ce point de vue, 2005 ne déroge pas à la tradition. La CFDT signe avec le patronat lorsque la CGT et FO s'y refusent, parce que l'accord noué correspond à une forme de légitimité du droit à ressources des chômeurs qui sied aux premiers et non aux seconds.

4. Quelle nature de la délibération politique à l'Unedic ?

La délibération sur la convention UNEDIC peut-elle être assimilée à une régulation multipolaire elle-même assimilable à une gouvernance ? Force est de constater que dans le camp syndical, chaque organisation ne pèse pas de la même manière. Le refus de faire peser sur les droits des chômeurs le déficit de l'UNEDIC était partagé par l'ensemble des confédérations syndicales. Aussi, si la convention entérine effectivement une relative stabilité des droits, cet élément ne nous permet pas d'assigner à l'une d'entre elles l'influence sur le contenu conventionnel. C'est à travers ce qui différencie les organisations syndicales que nous pouvons juger de leur capacité à peser sur la définition du droit à ressources des chômeurs.

La CGT ne voit aucune de ses revendications reprises, si on excepte la possibilité de bénéficier de formations longues qui trouve un certain débouché à travers les contrats de professionnalisation, mais que la CGT n'a pas défendue du tout en ces termes.

Du côté de FO, on ne peut nier qu'elle a joué un rôle notamment en poussant à l'intégration des contrats de professionnalisation comme outil de retour à l'emploi mais sans rencontrer sans doute d'obstacle majeur à cette revendication dont l'esprit est partagée par exemple par la CFDT. Sur le fond, la seule revendication de FO véritablement offensive de cette négociation et fortement identifiée à elle, à savoir la sur-cotisation sur les emplois précaires, est restée lettre morte. Là où la centrale syndicale aurait pu imprimer sa marque, elle est restée dans l'incapacité de s'imposer.

En somme, comme en 2000, la CFDT apparaît, parmi les organisations syndicales, comme la grande « gagnante » de cette négociation UNEDIC 2005. Elle satisfait à presque toutes ses revendications puisqu'elle obtient la mise en œuvre d'une orientation précoce des demandeurs d'emploi, elle obtient que les demandeurs d'emploi bénéficient du DIF (droit individuel à la formation) lorsqu'ils sont au chômage suite à un CDD à travers le CIF-CDD, et bénéficient d'un droit à la VAE (validation des acquis de l'expérience). La CFDT satisfait aussi d'une certaine manière à sa revendication de prise en compte des formations longues avec le financement de contrats de professionnalisation. Enfin, l'indemnité différentielle de reclassement réclamée est acquise bien que réservée au plus de 50 ans. De manière générale, la confrontation des représentations des formes légitimes de l'indemnisation du chômage et des revendications des principales organisations syndicales aux modalités du droit des chômeurs dans la convention Unedic de 2006 met en valeur la conception cédétiste de l'indemnisation légitime du chômage à travers la promotion d'un droit à ressources dans les formes d'un salaire différé et tutélaire.

Du côté patronal, si la dégressivité n'a pas été obtenue et si les filières n'ont été que faiblement révisées, le renforcement du système d'accompagnement des demandeurs d'emploi est conforme à ses souhaits de tutélarisation des droits des demandeurs d'emploi. Par ailleurs, malgré un déficit important que le patronat lui-même a mis en avant, les cotisations sociales n'ont été que symboliquement revues à la hausse.

La négociation UNEDIC 2005 et la convention qui en est ressortie, s'inscrit donc parfaitement dans la continuité des conventions précédentes. Le retour espéré de FO dans le jeu paritaire n'a pas eu lieu et l'aménagement « majoritaire » des accords interprofessionnels par la loi de 2004 apparaît sans incidence. On retrouve à nouveau la même partition entre signataires et non-signataires, que

l'on peut expliquer à la lumière des contenus négociés et de leurs conformités aux conceptions de l'indemnisation défendues par chacun des protagonistes de la négociation. La permanence des configurations signataires/non-signataires, l'observation de la manière dont la CFDT semble peser de manière forte sur les contenus du droit à ressources des chômeurs tandis que la CGT et FO se trouvent marginalisées, nous amène à devoir repenser la délibération sur le droit à ressources des chômeurs. La négociation collective, dont nous proposons à titre heuristique qu'elle soit assimilée à une forme de gouvernance, semble voir ses résultats correspondre qu'à faible proportion à une décision partagée par différents acteurs puisque du côté syndical, c'est davantage à une hégémonie de la CFDT qu'à un apport multipolaire que nous avons affaire. C'est donc au sens de la négociation collective interprofessionnelle (à l'UNEDIC) qu'il faut s'intéresser pour juger des modes de délibération sur le droit à ressources des chômeurs. Comment expliquer la prégnance cédétiste dans les orientations prises par le régime d'assurance chômage, et la marginalisation de la CGT et de FO, dont la négociation 2005 se fait de nouveau l'écho ? Nous proposons ici une explication sur la base des déterminants de l'institution de la négociation et des relations interprofessionnelles.

4.1. L'institution du partenaire privilégié du patronat

Pour comprendre la manière dont les négociations interprofessionnelles se déroulent et *in fine* les résultats de celles-ci, il faut porter son attention sur les conditions structurelles qui enserrant les négociations et pratiques contractuelles interprofessionnelles. Nous allons voir que l'association du pluralisme syndical, de l'unité patronale et de la reconnaissance d'une légitimité aux accords minoritaires, détermine en bout de course le contenu possible des négociations et ses résultats contractuels.

4.1.1. La diversité syndicale, la mesure de la représentativité et l'institution de l'accord minoritaire

Très tôt, et de manière particulièrement vive au sortir de la seconde guerre mondiale, le syndicalisme français a été marqué par sa diversité, sinon sa division¹⁸⁰. Le corollaire de cet éclatement du mouvement syndical est la mise en exergue de la question de la représentativité des organisations et donc de la validité des accords conclus. Déjà dans les années 1920, cette question apparaît à plusieurs reprises : désignation d'un représentant à l'OIT¹⁸¹ « *en accord avec les organisations professionnelles les plus représentatives* »¹⁸², nomination des représentants « *les plus représentatifs* » au Conseil national économique créé en 1925, nécessité légale d'un accord intersyndical sur les arrêtés préfectoraux de repos hebdomadaire devant représenter « *le plus grand nombre des intéressés* »¹⁸³, etc. Plus tard, une loi de 1936 sur les conventions collectives introduit plus formellement encore la notion de syndicats « *les plus représentatifs* », avant que le régime vichyste ne dissolve la CGT et la CFTC. Si le souci de représentativité émerge entre les deux guerres, sa définition reste encore floue. À cet égard, en 1945, la loi va chercher à clarifier la situation en déterminant cinq critères de représentativité (effectifs, indépendance, cotisations,

¹⁸⁰ La CFTC naît en 1919 et vient concurrencer dès cette époque la CGT sur le terrain de la représentation des travailleurs au niveau interprofessionnel. La CGT subit elle-même une scission en 1921 qui donne naissance à la CGTU (CGT et CGTU se réunifient en 1936). Après guerre, non seulement l'influence de la CFTC est renforcée suite à son implication dans la résistance, mais la CGC voit le jour en 1945 par l'unification de diverses organisations de cadres d'avant guerre et FO naît en 1948 d'une nouvelle scission de la CGT. En 1964, la CFTC se déconfessionnalise pour fonder la CFDT, mais une partie de la CFTC se maintiendra. Depuis une quinzaine d'années, certaines organisations comme l'UNSA ou le Groupe des dix élargissent encore la palette de représentation interprofessionnelle des salariés.

¹⁸¹ La notion est en fait déjà formulée en 1919 dans le traité de Versailles qui fonde l'OIT.

¹⁸² Article 3 de la constitution de l'OIT.

¹⁸³ Loi du 8 décembre 1923.

expérience et ancienneté du syndicat, attitude patriotique pendant l'occupation) repris à nouveau dans la loi du 11 février 1950 sur la négociation collective. Finalement la liste des organisations représentatives au niveau interprofessionnel sera définitivement fixée par un arrêté du 31 mars 1966. Cinq organisations nommément citées (CGT, FO, CFDT, CFTC et CGC) bénéficient d'une présomption irréfragable de représentativité ainsi que du droit de contracter au niveau interprofessionnel¹⁸⁴.

Cette représentativité décrétée, plutôt que mesurée par le vote des salariés, s'inscrit dans la tradition essentialiste française à l'égard du syndicalisme, tradition selon laquelle le syndicat est par nature (sociologique) représentatif des salariés¹⁸⁵. Elle s'appuie sur le paritarisme de négociation¹⁸⁶, dans lequel la délibération se traduit par un accord entre le camp syndical représentant les salariés et le camp patronal représentant les employeurs. La définition de la manière dont chaque camp se trouve « légitimement » engagé est centrale.

En vertu de la présomption irréfragable de représentativité, l'engagement du camp des salariés au niveau interprofessionnel peut être considéré comme acquis à la seule condition qu'au moins une des organisations syndicales désignées par l'arrêté de 1966 accorde sa signature. Dans les faits, la CFTC et la CGC ne peuvent pas être des partenaires exclusifs¹⁸⁷. Un minimum de légitimité est en effet nécessaire notamment pour obtenir l'assentiment gouvernemental (agrément, extension, traduction législative...). Par contre, en pratique, une seule des trois grandes confédérations (FO ou la CFDT dans les faits), le plus généralement accompagnée de la CFTC et de la CGC, suffit à engager l'ensemble des salariés concernés par le champ de la délibération, indépendamment du fait qu'elle(s) représente(nt) ou non une majorité de salariés. Cette caractéristique fait de l'accord minoritaire un élément déterminant des relations professionnelles françaises et de ses résultats contractuels car cette disposition permet de « gouverner le social » indépendamment de toute condition « d'assentiment majoritaire » chez les salariés.

Cependant, la loi de 2004 sur le dialogue social¹⁸⁸ introduit la notion d'accord majoritaire dans le droit. Cet affichage pourrait nous amener à penser que le propos précédent n'a plus de validité. Toutefois, la notion de majorité semble en l'espèce quelque peu galvaudée. La nouvelle législation prévoit qu'au niveau interprofessionnel les accords sont valides si une majorité d'organisations syndicales ne s'y oppose pas. Les signatures de trois organisations syndicales, quelles que soient leur poids dans le salariat (par exemple, la voix de la CGC vaut celle de la CGT), suffisent donc à définir un accord comme étant « majoritaire ». Or, la CGC et la CFTC signent quasi-systématiquement les accords interprofessionnels du fait de leur dépendance à l'égard des formes institutionnelles existantes. En effet, ces deux organisations tirent leur audience interprofessionnelle bien davantage des formes instituées des relations interprofessionnelles que de leur poids réel dans le salariat. Remettre en cause le bon fonctionnement de cette institution revient à remettre en cause leur propre place dans le jeu politique interprofessionnelle. L'enjeu de conclusion d'un accord reste donc le même avant et après la loi de 2004. L'engagement d'une des trois grandes organisations

¹⁸⁴ Cette liste restrictive a encore été confirmée par le refus du Ministre du Travail d'accorder ce statut à l'Unsa, décision que le Conseil d'Etat a confirmée en novembre 2004 en rejetant la recours de l'UNSA selon lequel ce refus constituerait un excès de pouvoir du Ministre (cf. Stahl, 2004).

¹⁸⁵ Cf. Rosanvallon, 1988.

¹⁸⁶ Les formes concrètes du paritarisme sont variées. André Tarby (1995) en distingue quatre : le « paritarisme de négociation » qui concerne les négociations donnant lieu à des accords et conventions et qui nous préoccupe plus particulièrement ici, le « paritarisme de gestion » qui concerne la gestion d'organismes d'origine conventionnelle dans le secteur privé, le « paritarisme de conciliation » chargé de régler certains litiges (conseils de prud'hommes, commissions de conciliation paritaires, conseils de discipline...), le « paritarisme de représentation » (commissions administratives et comités techniques paritaires dans la fonction publique).

¹⁸⁷ Un responsable de la CGPME rappelle en effet qu'au niveau interprofessionnel, « ce serait imprudent et c'est pour cela qu'on s'est toujours attaché à avoir au moins trois organisations syndicales, (...) on prendra rarement le risque d'aller avec deux, sauf, à savoir qu'on en a deux autres dans une abstention plutôt positive » (entretien de Jean-François Veysset en décembre 2006).

¹⁸⁸ Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 « relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social ».

syndicales avec le patronat suffit à engager l'ensemble des salariés car le patronat et son partenaire sont assurés d'obtenir la majorité d'organisations syndicales nécessaire à valider les accords du fait de l'engagement systématique de la CGC et de la CFTC. C'est ce que résume en ces termes un secrétaire confédéral de FO : « *La CGC et la CFTC sont incapables de survivre sans l'aide du patronat. L'indépendance dans la négociation est limitée. Il y a trois organisations qui peuvent se permettre de vivre sans dépendre du patronat, ce sont la CGT, la CFDT et FO. Le patronat son problème c'est de faire basculer une organisation dans la négociation, ce n'est pas d'en faire basculer trois* »¹⁸⁹.

Pour se convaincre du peu d'effet de l'introduction de la notion de majorité d'organisation au niveau interprofessionnel par la loi de 2004, il suffit d'observer en contrepoint les réactions patronales au nouveau système de représentativité et de validité des accords proposé dans l'avis du Conseil économique et social adopté le 29 novembre 2006 consacré au « dialogue social »¹⁹⁰. Cet avis propose d'instaurer des accords dont le caractère majoritaire ne serait pas que de façade puisqu'il s'agirait de conditionner tout accord à la signature d'organisations syndicales représentant une majorité de salariés, cette représentativité étant mesurée par un vote interprofessionnel. Le patronat s'y est farouchement opposé et rappelle à cet égard fort justement que dans de telles conditions de validité, un grande majorité d'accords interprofessionnels depuis 50 ans auraient été « retoqués ». Denis Gautier-Sauvagnac reprend le propos lors de son entretien : « *Si depuis 2000, la validité des accords interprofessionnels avait été soumise à la majorité d'engagement, c'est à dire qu'il fallait que les signataires aient obtenu la majorité, 39 accord interprofessionnels sur 66 n'auraient pu être conclu. Et je vous signale qu'il n'y aurait plus d'assurance chômage dans ce pays puisque la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC, qui ont signé 37 accords réunissent aux dernière prud'homales de 2002 41,8% des voix* »¹⁹¹. Ce que ce constat traduit, c'est avant tout la prégnance de l'accord minoritaire dans l'histoire de la contractualisation au niveau interprofessionnel, que la loi de 2004 n'a absolument pas remis en cause malgré l'affichage d'un principe majoritaire.

4.1.2. La domination patronale

Du côté du patronat, les modalités d'engagement des employeurs ne sont pas comparables à celles qui concernent les salariés. Nous avons déjà indiqué que la représentativité interprofessionnelle des organisations patronales n'est définie que par le biais de la jurisprudence, celle-ci n'accordant à aucune organisation patronale de présomption irréfragable de représentativité. Les organisations patronales sont envisagées comme complémentaires et non concurrentes dans la représentation des employeurs, et la validité des accords au niveau interprofessionnel nécessite *a priori* l'accord concomitant du CNPF/MEDEF, de la CGPME et de l'UPA. A ce titre, le patronat avance uni et participe aux négociations en délégation unique.

La confrontation du pluralisme syndical à l'unité patronale, dans un contexte institutionnel qui légitime l'accord minoritaire dans le salariat, a pour effet de placer les organisations d'employeurs en situation d'arbitre des alliances puisqu'il suffit au patronat de choisir parmi les trois grandes confédérations syndicales (nous avons vu que la CFTC et la CGC ne peuvent être des partenaires uniques), celle dont il fera son partenaire. Aussi, le constat mené par Gilles Pollet et Didier Renard à propos du paritarisme de gestion (s'agissant de sa réintroduction par ordonnance en 1967 dans le régime général de Sécurité sociale) vaut pour le paritarisme de négociation : « *dans un paysage syndical marqué par une forte division des organisations de salariés, le paritarisme permet effectivement au patronat de reprendre le contrôle de la gestion (...), dès lors qu'un syndicat estime avoir avantage à faire alliance avec lui* » (Pollet et Renard, 1997, p.77).

¹⁸⁹ Entretien réalisé le 16 septembre 2006

¹⁹⁰ CES, *Consolider le dialogue social*, avis adopté le 29 novembre 2006.

¹⁹¹ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

La division syndicale, l'unité patronale et l'accord minoritaire, en se combinant instituent par conséquent en France, comme élément induit de la forme des relations interprofessionnelles et non comme sa « pathologie » (le syndicat « traître », « jaune », « pro-patronal »), l'existence d'un partenaire privilégié du patronat. Par contrecoup, cette configuration cantonne les autres confédérations syndicales soit à un rôle de suivisme (CFTC et CGC), soit à un rôle de contestation stérile (CGT-CFDT puis FO-CGT) puisque l'accord du seul partenaire syndical (FO puis CFDT) suffit au patronat pour valider un accord. La partition signataires/non-signataires ne doit donc pas être lue simplement comme la conséquence d'une tradition contestataire de la CGT, d'une radicalisation de la CFDT dans les années 1970 ou de FO à la fin des années 1980 (dont l'élection de Marc Blondel serait le signe), ni être interprétée par opposition comme le résultat d'un réformisme chez FO des années 1960 aux années 1990 et à la CFDT à partir des années 1980. Si ces éléments sont parties prenantes de l'explication puisque aucun déterminisme n'est absolu, ils ne prennent tout leur sens qu'à l'aune de ces déterminismes de l'institution de la négociation interprofessionnelle qui leur donnent corps. Dans le cadre de ces déterminismes institutionnels, comment envisager appliquer la notion de gouvernance à cette forme de délibération politique en vigueur le domaine conventionnel interprofessionnel ? A l'évidence, la délibération n'a rien de partagée. Seul le partenaire privilégié semble être en réelle position de négociation les autres organisations étant réduite au suivisme ou à l'impuissance. Au-delà de ce constat, il reste à mesurer les marges de manœuvre propres du partenaire privilégié.

4.2. Un partenaire privilégié choisi pour sa compatibilité avec les discours et pratiques patronaux

Si le patronat est en situation de choisir son partenaire syndical privilégié, il reste à mesurer les déterminants de son choix et les contraintes qui s'imposent à lui. La domination du patronat suppose qu'il trouve parmi les confédérations syndicales une organisation prête à s'allier à lui. Lorsque le patronat se trouve face à un front syndical uni, il perd sa capacité à imposer ses *desiderata*. Le refus syndical unanime d'un retour à la dégressivité des allocations d'indemnisation du chômage revendiquée par le MEDEF lors de la négociation UNEDIC de 2005, qui a contraint le patronat à abandonner cette idée, en est un exemple récent. Mais l'alliance au patronat trouve des candidatures car elle n'est pas non plus sans intérêt pour les confédérations syndicales qui la choisissent. Pour une organisation syndicale, le rôle de partenaire du patronat offre une position institutionnelle parfois non comparable avec sa représentativité réelle dans le salariat. En somme, la nécessité pour la CFTC et la CGC d'être des partenaires récurrents du patronat, devient pour les trois grandes confédérations syndicales une option stratégique possible. Ce fut le choix de FO plus particulièrement à partir des années 1960¹⁹². De même, depuis les années 1990, la CFDT a réussi à faire valoir ses thématiques, comme la priorité à l'emploi sur les salaires (indirects) et l'activation des dépenses et des chômeurs, grâce aux accords minoritaires issus de son alliance avec le patronat, reléguant au passage FO au rang de syndicat « contestataire ».

Si dans le cadre institutionnel existant le sens des réformes s'appuie sur l'alliance formée par le patronat et son partenaire syndical, la permutation qui a eu lieu entre FO et la CFDT nous interroge au premier chef pour comprendre la délibération sur le contenu des accords interprofessionnels. Nous proposons de retracer brièvement les positions de ces deux confédérations sur le traitement du

¹⁹² La politique contractuelle n'est pas nécessairement le thème dominant des premières années d'existence de FO. « *Les premières années de la IV^{ème} République, où la forme institutionnelle dominante autorise un jeu d'influences sur les parlementaires, créateurs du droit du travail, maintiennent un équilibre entre la voie réglementaire et la voie contractuelle* » (Bergounioux, 1975, p.137). C'est l'instauration de la V^{ème} République qui crée les conditions de montée en charge de la politique contractuelle de Force Ouvrière. Le déclin du pouvoir du Parlement va en effet réduire la portée de l'action sur le législateur et ainsi concentrer l'action syndicale sur la politique contractuelle. En conséquence, « *ce qui était avant tout une pratique, dans les années cinquante, est devenu l'axe principal du syndicalisme de FO à la fin des années soixante, et même une théorie distinctive* » (Bergounioux, 1982, p.29).

chômage depuis le début des années 1980¹⁹³ afin d'appréhender la sélection par le patronat de son partenaire syndical et le degré d'autonomie de ce dernier.

4.2.1. Le droit à l'employabilité à la CFDT

En matière de traitement du chômage, le discours de la CFDT s'articule en deux temps sur ces vingt cinq dernières années. La CFDT du début des années 1980 fait de la création d'emploi son objectif prioritaire en matière de traitement du chômage¹⁹⁴. La réduction du temps de travail devient à ce titre un fil conducteur revendicatif. Mais la CFDT promeut également une solidarité interne au salariat (« *nouvelles solidarités* »), les salariés les plus favorisés devant laisser leur place dans l'ordre des revendications aux chômeurs et aux salariés les moins payés ou les plus précaires. Dans cette optique d'aide aux plus fragiles, la CFDT revendique à partir du milieu des années 1980 des politiques de discrimination positive en faveur des chômeurs jeunes, âgés ou de longue durée.

À partir du milieu des années 1990, sans remettre en cause les thèmes traditionnels de la période précédente, l'attention cédétiste se porte plus fortement sur l'activation. Ce thème n'est pas nouveau, il est déjà depuis les années 1980 soutenu en paroles et en actes¹⁹⁵ par la CFDT. Mais il s'affirme comme la priorité revendicative de la centrale en matière de traitement du chômage. À ce titre la convention UNEDIC de 2001 qui fait de l'activation des dépenses et des chômeurs¹⁹⁶ sa colonne vertébrale (reconduite dans des formes semblables par la suite), constitue une consécration des positions cédétistes.

Si on cherche à le reformuler, le point de vue de la CFDT sur le chômage et les remèdes à y apporter mobilisent certaines analyses directement associées à la notion d'employabilité. Si la définition des chances de retour en emploi dépasse largement le simple classement des demandeurs d'emploi selon quelques caractéristiques individuelles sur une échelle d'employabilité - le contexte économique, la création d'emploi ou le comportement des employeurs sont largement déterminants¹⁹⁷ - la manière dont la CFDT envisage les actions de retour en emploi, rejoint le développement pratique du concept d'employabilité utilisé massivement depuis les années 1990¹⁹⁸. Il s'agit de faire de l'employabilité un critère opérationnel par repérage des carences individuelles du demandeur d'emploi. Il n'y a dans cette optique aucune mise en cause des critères de sélectivité de l'emploi. Les conventions UNEDIC de 2001 et encore davantage de 2006, largement conformes aux revendications de la CFDT, traduisent parfaitement cette vision étroite des causes du chômage. Elles envisagent l'amélioration des probabilités de retour en emploi exclusivement sous l'angle de l'intervention sur les caractéristiques individuelles des chômeurs : repérage de la « distance à l'emploi », entretien individualisé, bilan de compétences, atelier de « remobilisation », incitation à la mobilité, etc.

¹⁹³ Ce choix de période tient dans le fait que l'UNEDIC va connaître une crise en 1982 qui marque un basculement de son histoire. La période qui va de la naissance du régime en 1958 à 1982 est marquée par un processus d'unification des statuts de chômeurs dont l'apogée est la convention de 1979 (en vigueur jusque 1982). Nous assistons ensuite à un processus inverse, avec la mise en place de filières d'indemnisations (1982) et la séparation du régime d'« assurance » d'une part et de solidarité d'autre part (1984) complété plus tard par le RMI (1988). Tendanciellement, la couverture de l'UNEDIC ne va dès lors plus cesser de se réduire tant en taux qu'en montant, en particulier avec l'instauration de la dégressivité systématique des allocations en 1992 (Daniel, 1998, 2000 ; Daniel et Tuchszirer, 1999 ; Higelé, 2004).

¹⁹⁴ Cette option revendicative s'appuie en fait sur une tradition plus longue de la confédération, notamment du temps où elle était encore CFTC (Daniel, 1997), mais s'affirme au début des années 80.

¹⁹⁵ Les dispositifs d'« activation » à l'Unedic avant 1995 : 1986 : *activités réduites* ; 1988 : *convention de conversion et AFR* ; 1994 : *convention de coopération*.

¹⁹⁶ Nous distinguons activation des chômeurs et activation des dépenses, car les mesures visant à accélérer le retour en emploi des chômeurs (formation, accompagnement, aide à la mobilité, etc.) ne supposent pas *a priori*, qu'elles soient financées par les fonds habituellement consacrés à l'indemnisation : l'activation des chômeurs n'est donc pas synonyme d'activation des dépenses « passives ».

¹⁹⁷ Gazier, 1990.

¹⁹⁸ (Ebersold, 2001 a et b)

Notons encore que cette conception d'une employabilité individuellement repérable et améliorabile est dans la continuité du soutien cédétiste à de nombreuses mesures à l'initiative des pouvoirs publics visant à agir sur le coût de l'emploi pour les entreprises. Ces dispositifs sont censés, par tutélarisation des ressources d'une part croissante des travailleurs¹⁹⁹, améliorer leur employabilité. Acquis à ce raisonnement qui attribue des vertus à la baisse du « coût du travail », la CFDT a aussi bien soutenu la prime pour l'emploi, les politiques de baisses des cotisations sociales sur les emplois non/peu qualifiés que le Revenu Minimum d'Activité.

En vingt ans, la crise de l'emploi et le « recentrage » syndical qui l'accompagne ont forgé dans la CFDT un discours singulier sur le traitement du chômage basé sur trois lignes de forces. La première, qui structure l'ensemble des positions cédétistes sur l'indemnisation du chômage, est l'action syndicale dirigée vers la création d'emplois par la réduction du temps de travail et l'amélioration de l'employabilité des salariés. De cette position découlent les deux autres lignes structurantes des discours et pratiques de la centrale. La seconde propose de mener des actions spécifiques sur des publics cibles victimes d'une forte sélectivité sur le marché du travail. La troisième est l'activation des dépenses et des chômeurs, le droit à l'emploi (ou à l'employabilité) primant sur le droit au revenu.

4.2.2. La doctrine de FO : la défense du salaire « différé » des chômeurs

Nous l'avons dit, les conceptions de FO en matière de traitement du chômage sont liées à sa conception du syndicalisme. La confédération défend l'idée d'une partition nette des rôles entre syndicalisme et politique, entre intérêt général et intérêts particuliers, entre organismes paritaires et pouvoirs publics, au nom de l'indépendance du syndicalisme. C'est ce cadre qui guide son action dans le traitement du chômage.

Dans son rôle de défense des intérêts particuliers des salariés, fussent-ils privés d'emploi, c'est la défense de leurs revenus qui va concentrer l'attention de FO. Sans doute est-ce également l'optique keynésienne revendiquée par la centrale qui la pousse aussi en ce sens. Pour FO, le droit au salaire (indirect) hors des périodes d'emploi est la résultante des cotisations directes (salariales) et indirectes (patronales) versées par le passé, ce qui en fait un salaire « différé »²⁰⁰. En matière de traitement social du chômage, l'intervention syndicale se limite donc à la revendication et à la gestion d'un salaire « différé ».

FO, dans cette représentation de l'indemnisation conventionnelle du chômage et de son rôle syndical, défend le droit acquis des chômeurs, refuse toute remise en cause de ces droits, mais intègre, sans contradiction avec ses convictions, la dualisation du traitement indemnitaire des chômeurs (régime d'assurance et régime de solidarité) d'une part, et les filières d'indemnisation d'autre part (la durée d'indemnisation est fonction de la durée de cotisation). Cette lecture des régimes paritaires comme caisses d'indemnisation liée à une activité passée explique par exemple l'insistance de FO à vouloir clarifier les compétences et donc la prise en charge des différentes catégories de hors-emploi entre un régime de solidarité financé par l'impôt et un régime de salaire « différé » reposant sur la solidarité entre salariés, et explique le refus d'engager l'Unedic dans une politique d'emploi (activation) qui relèverait du seul politique. Le service public doit être garant de

¹⁹⁹ Higelé et Khristova, 2007

²⁰⁰ Le salaire différé se définit sur un modèle rentier, au sens où le droit à ressources est conçu comme la contrepartie des cotisations passées, fictivement épargnées. Il se distingue en cela du salaire socialisé qui s'entend comme un droit à ressources régulièrement redéfini par convention collective y compris pour des salariés hors de l'emploi. La définition du droit n'est pas la contrepartie des cotisations mais fonction de la qualification entendue comme attribut politique du salarié. Le salaire différé se distingue également de l'allocation tutélaire qui conditionne le droit à ressources à l'existence d'un manque (discrimination positive). Salaire différé, salaire socialisé ou allocation tutélaire ainsi définis doivent être compris comme des idéaux-types de droit à ressources des travailleurs (parmi quelques autres) puisque les droits réels ne correspondent jamais parfaitement à l'idée de salaire différé ou socialisé et dans une moindre mesure d'allocation tutélaire. Sur ces régimes de ressources cf. Bernard Friot, 2007.

l'intérêt général, tandis que les régimes paritaires indépendants de l'État sont l'expression du rapport de forces entre intérêts particuliers des travailleurs et des employeurs.

Nous pouvons ainsi résumer la doctrine de FO sur le traitement du chômage : la mission des organismes paritaires de protection sociale est de gérer et distribuer des salaires « différés » ; les politiques d'emploi comme l'indemnisation des chômeurs n'ayant pas acquis ou ayant épuisé leurs droits doivent relever de l'impôt et être gérées par l'État²⁰¹.

4.2.3. Le renversement d'alliances à l'UNEDIC : quelle autonomie du partenaire privilégié du patronat ?

Nous avons affaire à deux conceptions différentes du traitement du chômage : le droit à l'emploi qui mène à « droit à l'employabilité » à la CFDT et le droit au « salaire différé » chez FO. Compte tenu de la manière dont les relations interprofessionnelles sont instituées, le patronat se trouve dans la position de faire un choix entre ces deux approches²⁰² pour nouer une alliance qui serve au mieux ses intérêts.

La CFDT, depuis 25 ans, développe de fait un discours qui peut trouver des terrains d'entente avec les positions patronales. Premièrement, la mise en cause, plus ou moins formalisée, du « coût du travail » comme facteur de chômage et les préconisations qui en résultent – réductions de cotisations sociales et report sur la collectivité du coût de la rémunération des travailleurs (tutélarisation des ressources) – rejoignent la revendication patronale traditionnelle de baisse des « charges » et de modération salariale. Deuxièmement, la logique cédétiste de discrimination positive de catégories de chômeurs jugés *a priori* peu productifs et l'activation soutenue par la CFDT avec l'arsenal tutélaire qu'il suppose pour vérifier l'implication du chômeur dans l'amélioration de son employabilité fait aujourd'hui partie des éléments également revendiqués par le patronat dans une logique de mise sous tutelle des chômeurs (devoir d'améliorer son employabilité). S'il faut faire acte des nuances entre un droit à l'employabilité soutenu par la CFDT et un devoir tutélaire d'employabilité mis en avant par le patronat, il n'en reste pas moins que le cadre d'analyse est similaire. Cela laisse entrevoir les raisons de l'alliance MEDEF-CFDT à l'UNEDIC depuis le début des années 1990. Toutefois, ce discours cédétiste est plus vieux que ne l'est son alliance privilégiée actuelle avec le patronat. En effet, FO maintient dans les années 1980 son titre de partenaire privilégié du CNPF, y compris à l'UNEDIC. Nous avons vu comment la lecture de l'indemnisation du chômage dans les termes d'un salaire « différé » n'était pas contradictoire avec la dualisation et la filiarisation de l'indemnisation. À cet égard, FO a, sans reniement idéologique, pu accepter de passer un compromis avec le patronat en 1984 sur cette nouvelle base institutionnelle (dualisation²⁰³, filières). En soutenant le principe du duo salaire différé/allocation tutélaire dans la prise en charge du chômage, FO permet de légitimer une première réduction des droits des chômeurs²⁰⁴ à l'avantage d'un patronat lancé dans la « bataille

²⁰¹ Même si FO revendique de pouvoir s'exprimer sur les choix des pouvoirs publics en la matière.

²⁰² Dans l'absolu, l'approche cédétiste peut également être choisie. Seule la CFTC et la CGC sont des partenaires jugés insuffisamment représentatifs.

²⁰³ La dualité des régimes était toutefois en place depuis le décret Bérégovoy de 1982. FO en a simplement accepté sa prolongation en 1984.

²⁰⁴ De 1979 à 1982, le régime UNEDIC est un régime unique de prise en charge des chômeurs sans distinction entre assistance et assurance. Il financé aussi bien par les cotisations sociales que par l'impôt. Le droit classique à indemnisation est d'un an pour tous à la condition d'affiliation minimale de 3 mois, une allocation de fin de droit prenant la suite de la prise en charge des chômeurs. Par ailleurs certains primo-demandeurs d'emploi (les jeunes issus de l'enseignement professionnel et techniques et les femmes à la recherche d'un emploi ayant au moins un enfant) bénéficient également d'une indemnité forfaitaire. Les cotisations sociales financent donc aussi bien des chômeurs ayant « épuisé » leurs droits que des demandeurs d'emplois n'ayant jamais cotisé. Le régime de salaire socialisé pour les chômeurs est à son apogée. La dualisation des régimes et l'introduction des filières représentent la première grande étape des reculs du droit à ressources des chômeurs de ces 25 dernières années. Pour plus de détail, voir la contribution de Jean-Pascal Higé « Quels régimes de ressources pour les chômeurs ? Une histoire de l'indemnisation du chômage » dans un ouvrage dirigé par l'auteur, à paraître aux éditions La Dispute.

contre les charges »²⁰⁵. FO a dans les faits pu accompagner le CNPF, convention après convention, jusqu'à ce que les réformes soutenues par le patronat entrent en conflit avec sa conception de l'indemnisation conventionnelle du chômage. C'est l'« activation des dépenses » et le non respect des principes du salaire « différé » qui vont amener FO en 1992, et pour la première fois depuis la création du régime en 1958, à ne pas signer la convention UNEDIC. FO ne peut plus tenir son rôle de partenaire privilégié du patronat dans ces conditions. La CFDT devient à ce moment un partenaire plus avantageux pour le patronat.

Ce basculement de partenariat à l'UNEDIC montre que le partenaire privilégié n'acquiert ce statut que dès lors que ses positions sont compatibles avec celles du patronat. Dans un contexte de croissance du nombre de chômeurs à indemniser, FO a été choisi par le patronat pour réduire les droits des chômeurs en légitimant le passage à l'UNEDIC d'une logique de salaire socialisé à une logique de salaire différé. La poursuite de la mise en cause de la « charge » que représente les chômeurs ayant atteint ses limites dans le cadre du salaire différé, le patronat s'est alors tourné vers la CFDT qui, acquise à l'activation des dépenses et des chômeurs, permettait d'ouvrir la voie à une tutélarisation du salaire différé. Les dépenses d'indemnisation pouvaient en partie être tournées vers la réalisation des exigences des employeurs en portant sur le chômeur et le service public de l'emploi la responsabilité, sinon le devoir, d'améliorer son employabilité.

L'institution de la négociation interprofessionnelle donne au seul partenaire privilégié du patronat le pouvoir de négocier avec les organisations d'employeurs. Mais cette capacité d'inflexion reste soumise à la condition qu'une autre organisation ne soit pas en position de se substituer à l'actuel partenaire du patronat. FO a été dans l'incapacité de maintenir les droits des chômeurs dans le cadre du salaire différé car la CFDT lui a succédé comme interlocuteur du patronat en se rangeant à des positions revendicatives avantageuses pour ce dernier. L'autonomie revendicative du partenaire du patronat, malgré sa position privilégiée induite, reste donc limitée par la possibilité qu'a le patronat de passer une autre alliance.

Conclusion

Parler de gouvernance dans le cadre des négociations interprofessionnelles nationales à l'UNEDIC est non fondé. Les formes instituées de la négociation interprofessionnelle déterminent la domination patronale car ce dernier est en situation de choisir son partenaire privilégié. De plus, seul ce partenaire syndical privilégié est en réelle situation de négociation, encore que sa position est contrainte par la possibilité de se voir ravir sa place par une autre organisation, à l'image de la CFDT qui succéda à FO à ce poste au début des années 1990. Au final, non seulement l'idée d'une délibération prenant en compte les apports de chacun n'est pas au rendez vous de la délibération politique dans l'assurance-chômage, mais au-delà, c'est l'idée même de compromis, qui est au fondement de l'analyse classique des négociations, qui est balayée par celle d'alliance. C'est l'alliance durable entre le patronat et son partenaire syndical, fondée non pas sur un compromis conjoncturel, mais une sur une compatibilité sinon une proximité des diagnostics et recettes politiques, qui explique les formes et contenus des délibérations menées à l'UNEDIC.

Ainsi, la volonté manifestée par le patronat et la CFDT de réintégrer FO dans le camp des signataires n'a pas résisté aux déterminismes de la négociation : FO n'a pas pu négocier à sa guise un compromis satisfaisant entre les positions cédétistes et les siennes. Par ailleurs, nous pourrions lire dans certains événements de la négociation une remise en cause partielle de nos conclusions. Il en va ainsi de la CFE-CGC qui a mis du temps à annoncer son ralliement aux signataires (interrogeant leur position obligée de suivisme) ou de la manière dont la CGPME s'est désolidarisée du MEDEF dans le refus absolu d'augmenter les cotisations sociales (ce qui interroge l'unité patronale traditionnelle). Mais dans le cas de la CFE-CGC, le chef de file de la délégation lors des

²⁰⁵ Weber, 1986

négociations, Alain Lecanu, explique que le temps mis pour annoncer leur signature ne relève pas d'une hésitation mais du fait qu'« *on était dans une période où notre secrétaire général est décédé au mois de septembre, on était dans une période de renouvellement de la présidence, et quand le président est arrivé on a souhaité attendre un petit peu pour bien le mettre au courant* »²⁰⁶. S'agissant de la « division » patronale, si Denis Gautier-Sauvagnac reconnaît que « *le MEDEF était probablement plus attaché que la CGPME et l'UPA à ne pas augmenter les cotisations* », il admet également que « *finalement la CGPME nous a donné un coup de main, en ce sens qu'alors que les négociations buttaient un peu, le représentant de la CGPME a dit " mais on pourrait peut-être augmenter un peu les cotisations" »*²⁰⁷. Ces positions sont sans doute pour partie des justifications *a posteriori*, mais contribuent à conforter nos conclusions sur le caractère déterminant des formes instituées de la négociation collective interprofessionnelle et leur traduction en alliance (systématique) entre le patronat uni et son partenaire syndical privilégié, reléguant les autres organisations syndicales au suivisme ou à la contestation stérile. Les négociations interprofessionnelles à l'Unedic sont donc très étrangères à l'idée d'une délibération partagée.

²⁰⁶ Entretien d'Alain Lecanu, 27 novembre 2006.

²⁰⁷ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

|

|

Chapitre 2

Les trois acteurs de la complémentaire santé : vers une institutionnalisation en tant qu'acteur politique ?

La création de l'UNOCAM en 2004 institue une représentation politique des complémentaires santé dans la cadre d'une régulation globale de la couverture maladie. A ce titre, celles-ci doivent être en mesure de produire un discours politique commun sur la régulation de la couverture santé. Cette tâche n'est pas *a priori* aisée, tant les acteurs de l'AMC ont des histoires et revendiquent des pratiques différentes ; même si nous verrons comment les réformes de la couverture maladie complémentaire depuis 30 ans ont tendance à homogénéiser les intérêts et pratiques des acteurs historiques de la complémentaire santé. L'institution de l'UNOCAM est donc l'occasion de mesurer comment les différents acteurs de l'AMC se positionnent et pèsent les uns par rapport aux autres, et par voie de conséquence, quels organismes sont en mesure de se faire entendre dans la délibération partagée promue par la réforme Douste-Blazy.

1. Caractéristiques et reconfigurations des acteurs de la complémentaire santé

1.1. La construction d'un champ de la complémentaire santé

L'assurance maladie complémentaire est proposée par trois types d'institutions à la longévité et à l'histoire très différentes. Elles n'ont d'ailleurs pas toutes été constituées dès l'origine comme des organismes complémentaires. En effet c'est aujourd'hui seulement que nous dégageons vraiment la complémentaire santé comme un champ spécifique à côté d'une protection obligatoire.

Deux des organismes complémentaires, les mutuelles et les assurances, existaient bien avant la création de la Sécurité sociale. Les institutions de prévoyance par contre sont plus récentes et ont donc toujours été construite à côté et par rapport à une protection obligatoire.

Il est indispensable de connaître quelques caractéristiques historiques de ces divers organismes afin de bien comprendre leurs tropismes actuels. Nous allons brièvement évoquer les racines historiques des trois types d'opérateurs de la complémentaire santé, pour voir ensuite selon quels mécanismes ils se sont peu à peu rapprochés les uns des autres, à partir des années 1980.

1.1.1. Les trois formes historiques de l'activité complémentaire-santé

Pour René Teulade, en 1984, une mutuelle est « *un groupement facultatif de personnes, à but non lucratif, régi par le code de la Mutualité, et qui, en contrepartie de cotisations versées par ses membres, mène en faveur de ceux-ci et de leurs familles une action de prévoyance, de solidarité ou d'entraide dans le domaine des risques et des besoins sociaux.* »²⁰⁸. Parmi les acteurs que nous étudierons ici, elle est celle qui est la plus traditionnellement liée au champ de la santé, de par les fonctions qu'elle a le plus souvent exercées en faveur de ses membres, et aussi de par ses liens avec les régimes obligatoires dès la loi sur les Assurances sociales.

Les sociétés de secours mutuel ont commencé à se former dès la fin du XVIII^{ème} siècle, après la dissolution des corporations. Elles ont, en quelque sorte, comblé le vide laissé par la disparition de ces organisations, alors que la puissance publique ne pouvait prendre le relai de la protection sociale

²⁰⁸ René Teulade, *La mutualité française. Un idéal pour 25 millions d'hommes et de femmes*, Editions Ramsay, Paris, 1984, p60.

professionnelle. C'est ainsi qu'elles ont pu se développer malgré la suspicion constante de la puissance publique à leur égard, et de leur propre méfiance vis-à-vis des techniques actuarielles²⁰⁹.

La santé a tout de suite été l'une de leurs prérogatives, et elles s'occupaient seules de la protection de leurs sociétaires. Ces derniers participaient à la gestion de leur santé car les mutuelles sont des organismes de « l'économie sociale » et sont donc gérées par des représentants des adhérents (avec l'assistance éventuelle de salariés). Pendant tout le XIX^e siècle, elles se sont considérablement développées, en profitant de la bienveillance de la puissance publique à partir du Second Empire et de la Troisième République. La Mutualité est devenue une institution importante²¹⁰ réglée par un Code en 1898 et représentée par une fédération nationale depuis 1902.

Suite aux lois sur les Assurances Sociales les mutuelles durent pour la première fois cohabiter avec une protection obligatoire. Cependant, cette dernière ne visait pas précisément le public de la mutualité. Et elle ne jurait donc pas avec les idées qui dominaient dans le mouvement mutualiste à l'époque²¹¹, à savoir le modèle libéral associant protection obligatoire sous condition de ressources et protection volontaire pour ceux qui en avaient les moyens. La Mutualité s'accommoda finalement si bien de cette nouvelle loi qu'elle participa largement au fonctionnement des Assurances sociales. A côté de cette activité, les mutuelles continuèrent à proposer une couverture à leurs adhérents, en particulier en matière de santé.

A ce moment de leur histoire, les mutuelles n'avaient encore jamais été des « complémentaires ». C'est avec les ordonnances de 1945, qui créèrent une protection obligatoire à vocation universelle, qu'elles furent refoulées quasi-intégralement hors de la protection sociale de base. Elles conservèrent alors uniquement des délégations de gestion pour certaines parties de la population (telles que les fonctionnaires) et la protection au premier franc des catégories sociales ayant refusé leur intégration dans la protection obligatoire (les agriculteurs par exemple). Pour le reste de leurs activités, elles proposaient une protection en complément de celle de la Sécurité sociale, protection qui devait d'ailleurs à terme disparaître au fur et à mesure de l'extension de la couverture obligatoire, du moins dans l'esprit des fondateurs de la Sécurité sociale. Ils avaient d'ailleurs prévu une réorientation de l'activité des mutuelles dans le champ sanitaire et social : « *D'une part la généralisation des assurances sociales dans le cadre d'un plan de sécurité sociale va enlever beaucoup de son intérêt à l'action mutualiste s'exerçant sur le plan de l'assurance de la maladie et de la vieillesse ; d'autre part l'intérêt de la Mutualité est de développer son action dans les domaines où l'effort de prévoyance libre ne sera pas bridé par les règles obligatoires. Le propre de la mutualité a toujours été d'ouvrir la voie à des réalisations sociales nouvelles. Les organisations mutualistes ont été et doivent demeurer des pionniers. Le rôle du législateur n'est pas de leur tracer la voie, mais de leur fournir un statut juridique assurant à leur action le maximum de liberté et d'efficacité.* »²¹²

Les seconds acteurs de la protection maladie complémentaire sont les compagnies d'assurances. Celles-ci ont une activité beaucoup plus étendue que les mutuelles concernant l'assurance, elles ne sont en effet pas cantonnées au champ de la protection sociale. Les assurances commerciales ont, comme les mutuelles, une longue histoire et proposent depuis longtemps des produits d'assurance de personnes. Cependant le développement de ces dernières a été longtemps contrarié en France. Le sort du secteur des assurances de personnes a en fait été continuellement lié à des questions de

²⁰⁹ Cette méfiance était due à la fois au contexte spécifique des mutuelles, mais plus largement à l'hostilité qui existait en France vis-à-vis des assurances de personne. Ainsi pour Bernard Gibaud : « *La greffe contrariée d'une conception rationalisée de la prévoyance a, sans nul doute constitué un handicap culturel pour le mutualisme et le mouvement social français dans son ensemble.* » mais aussi : « *Le discrédit pesant sur les pratiques d'assurance en raison des déconvenues tontinières et la mise en jachère du savoir actuariel a finalement été préjudiciable à toutes les modalités de prévoyance quelle que soit leur finalité, lucrative ou non.* »

Bernard Gibaud, *Mutualité, assurances (1850-1914). Les enjeux*, Economica, Paris, 1998, pages 25 et 35.

²¹⁰ Elle fut longtemps présentée comme la représentante de la Protection sociale « à la française » qui laissait aux citoyens la liberté de la prévoyance volontaire, quand l'Allemagne mettait en place des assurances obligatoires.

²¹¹ Même si les mutualistes s'opposèrent tout d'abord plutôt violemment au principe même de l'obligation.

²¹² Ordonnance N°45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité, exposé des motifs

morale. L'assurance vie avait ainsi été proscrite par Colbert en 1681, notamment pour des raisons religieuses²¹³. Finalement, la première compagnie d'assurance vie française fut créée en 1787 - la Compagnie Royale - qui avait l'exclusivité des opérations d'assurance vie dans le Royaume. Les analyses contenues dans leur Prospectus de 1788 allaient au-delà d'une simple préoccupation marchande. Assurance et souci moral étaient ainsi confondus pour Duvillard, que l'on considère comme le premier actuaire de France²¹⁴.

Pendant le XIX^{ème} siècle les assurances, tout comme la Mutualité, se développèrent encore. Elles étaient considérées par certains comme les dépositaires de l'excellence technique des actuaires et selon eux, la mutualité aurait du y être assimilée : « *Il n'y a pas de différence essentielle entre les compagnies d'assurances et les sociétés de secours mutuels, tout au plus une différence accidentelle. Les compagnies font le commerce des assurances* »²¹⁵. L'assimilation n'eut bien sûr pas lieu, la plupart des mutualistes s'y étant fermement opposés, mais cette revendication de la technique par les assureurs est une constante depuis.

Si le secteur des assurances de bien et de la prévoyance s'est bien développé en France, çà n'est qu'à partir des années 1980 que les compagnies ont réellement investi le champ de la santé, comme nous le verrons plus loin.

Notons aussi qu'il existe des assurances à forme mutuelle qui, bien qu'elles soient régies par le code des assurances, ont une organisation proche de celles des mutuelles. Ces sociétés de personnes ont été formées à l'origine pour assurer les biens (les mutuelles du code de la mutualité n'ayant pas ces prérogatives) mais proposent, elles aussi, des produits en protection maladie (même si leur présence est plus récente sur le champ).

Enfin, s'il est commun d'assimiler totalement la présence des assureurs au marché, en ce qui concerne les assurances de personnes, eux aussi ont une part dans des systèmes de protection obligatoire. En effet, dès 1898 (l'année de la loi instituant le Code de la Mutualité) ils furent mobilisés dans la loi sur les accidents du travail, et aujourd'hui encore les assureurs participent à la gestion de la protection obligatoire de certaines catégories de population, en particulier les travailleurs indépendants : « *Force est de constater que la période de l'édification républicaine est aussi celle de l'institutionnalisation durable d'un système mixte de protection sociale, constitué par deux pôles antinomiques, marchand et non marchand* »²¹⁶.

Le troisième acteur de la complémentaire santé est constitué des institutions de prévoyance (IP), créées d'emblée pour faire office de protection complémentaire. Le 4 octobre 1945 l'ordonnance qui crée la Sécurité sociale intègre dans son code l'article L4 à l'origine des premières IP. On leur donne pour mission de gérer les garanties complémentaires de prévoyance dans le cadre collectif des entreprises et des branches professionnelles²¹⁷.

A ce titre la convention collective de 1947 qui crée le régime de retraite complémentaire des cadres de l'AGIRC prévoit que les entreprises doivent assurer des garanties de prévoyance pour leurs

²¹³ Le souci moraliste concernant un tel pari sur la vie, ainsi que la crainte de voir des calculs de prévoyance se mêler de ce qui ne devrait relever que de la Divine Providence, expliquent ce refus. Ainsi, pour Colbert, « *la vie d'un homme libre n'est susceptible d'aucune estimation* ».

²¹⁴ Cependant, il écrivit à la veille de la Révolution : « Je pensais ne travailler que pour le bien de l'humanité. J'étais bien éloigné de croire que j'étais l'instrument de l'agiotage et de la cupidité... Cette compagnie qui loin d'adoucir les maux de l'humanité ne cherchait qu'à les aggraver, cette compagnie qui n'eut même pas dû être tolérée, jouissait d'un privilège exclusif, elle était protégée par le gouvernement. » Duvillard, cité par Bernard Gibaud, 1998, p11

²¹⁵ Exposition universelle de 1889, rapport général, cité par Bernard Gibaud, 1998, p63.

²¹⁶ Bernard Gibaud, « Le mutualisme, ferment du solidarisme républicain. », dans Chevallier et Ansart, *La solidarité : un sentiment républicain*, PUF, Paris, 1992, p84

²¹⁷ Le décret du 8 juin 1946 prévoit que « *le conseil d'administration de toute institution de prévoyance ou de sécurité sociale créé dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises doit être composé au moins par moitié de représentants du comité d'entreprise ou du comité interentreprises et choisis dans les catégories correspondantes de bénéficiaires. Lorsque l'institution ne relève ni d'un comité d'entreprise ni d'un comité inter-entreprises, le conseil d'administration comprend au moins pour moitié des représentants des ouvriers, employés et retraités choisis parmi les intéressés et désignés conformément au statut de l'institution* ».

cadres. Ce type de dispositif s'est alors développé peu à peu pour les cadres mais aussi pour les non cadres.

C'est aussi en 1947 que le gouvernement trouva un compromis avec les mutualistes qui avaient, pour certains d'entre eux, vécu 1945 comme une spoliation²¹⁸ : la loi Morice fut votée le 25 février. La mutualité devait reconnaître formellement la Sécurité sociale, et en échange, elle pouvait gérer l'assurance maladie obligatoire pour les populations qui le souhaiteraient. Une déclaration fut ajoutée qui assurait la Mutualité de sa légitimité particulière dans la prévoyance complémentaire : « *Il est reconnu que désormais, la prévoyance libre et complémentaire à la Sécurité sociale ressort principalement du domaine de la mutualité* »²¹⁹. On avait donc deux types de protection à but non lucratif dans le champ de la protection complémentaire. Cependant, L4 et Mutualité n'opéraient pas sur les mêmes types de protection : les mutuelles géraient de préférence la maladie, la maternité, la famille et l'incapacité ; quand les L4 s'occupaient surtout de la vieillesse, l'incapacité, le décès et la survie qui comprend la retraite complémentaire.

Tous les acteurs de la complémentaire santé aujourd'hui étaient donc peu ou prou présents sur le champ de la prévoyance, quasiment depuis la création de la Sécurité sociale. Cependant, il semble que les lieux de leur intervention étaient différents et qu'ils ne s'adressaient pas aux mêmes populations. Il y avait ainsi un certain cloisonnement des activités selon le statut de l'opérateur. C'est seulement dans les années 1980 qu'assureurs et IP commencèrent à s'intéresser réellement à la protection complémentaire à l'assurance maladie, et donc à modifier les conditions d'exercice des opérateurs traditionnels de ce secteur, à savoir les mutuelles.

1.1.2. Les années 1980 et 1990 : la mise en place du marché de la protection sociale complémentaire

1.1.2.1. Une redéfinition marchande de l'AMC en France

En 1978, un accord entre les syndicats CGT, FO, CFDT, FEN, CFTC et les deux fédérations mutualistes, proclama la volonté de toutes ces organisations de confier la santé au secteur non lucratif. Or, dès les années 80 c'est bien l'inverse qui se produisit. On assista à une multiplication du type d'acteurs dans le domaine de la santé puisque les assureurs et les IP commencèrent à s'intéresser de plus en plus à ce secteur. Deux lois nationales confirmèrent cette présence : La loi réformant le code de la mutualité en 1985 qui accepta le principe du « pluralisme maîtrisé » en protection maladie, et la loi Evin de 1989 dont le but était bien d'organiser et de réguler le marché de la prévoyance complémentaire. Par ailleurs les directives communautaires de seconde génération concernant l'assurance non-vie furent adoptées à ce moment là (voir plus bas).

Au début des années 1980 nous avons donc trois types d'acteurs dans la complémentaire santé, chacun bien différenciés et régis par trois codes différents. Il était tellement peu question de les mettre sur le même plan, que l'on permit à la Mutualité de nommer des représentants dans les conseils des caisses d'assurance maladie obligatoire. La légitimité de ces représentants mutualistes ne venait pas de la présence des mutuelles au sein du régime obligatoire, comme nous l'avons vu, les assureurs y participent aussi. Mais c'était en qualité de mouvement social et de porte parole pour les assurés sociaux qu'ils étaient conviés dans ces conseils avec voix délibérative. Pour Pierre

²¹⁸ Ils avaient en effet perdu à la fois une part de leurs prérogatives, et une partie des biens immobiliers et d'équipement qui avaient été acquis dans le cadre de la gestion des Assurances sociales.

²¹⁹ Michel Dreyfus, *Liberté, égalité, mutualité. Mutualisme et syndicalisme. 1852-1967*, Les Editions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, Paris, 2001, p155.

Bérégoz, alors Ministre des affaires sociales²²⁰ : « Nous avons pensé – il s’agit d’une évolution de notre temps – aux représentants des mouvements mutualistes. Depuis très longtemps, ils participent au système de protection sociale et, depuis quelques années, ils ont acquis une certaine autorité. Ils gèrent des institutions sociales d’une importance telle que leur présence est indispensable. Le pouvoir délibératif qui est conféré au mouvement mutualiste, ainsi qu’aux mouvements familiaux et aux associations de retraités dans le domaine respectif de leurs compétences permettra un équilibre, une discussion, bref un enrichissement de la gestion des institutions sociales. » La Mutualité est mise sur le même plan que les associations de familles et de retraités pour d’autres branches de la Sécurité sociale, personne ne contesta la légitimité de sa présence dans les caisses lors du débat parlementaire. Les critiques apportées alors concernaient soit l’étendue de la troisième composante des caisses, soit l’opportunité de donner un pouvoir délibératif aux mutualistes.

La question n’est pas ici de savoir si cette présence est légitime ou bénéfique, mais il faut bien noter qu’aujourd’hui cette distinction de la Mutualité serait sans doute peu envisageable. En effet, alors qu’en 1982 l’accent était mis sur son caractère de mouvement social, depuis la fin des années 1990, l’intégration de la Mutualité dans le système décisionnel de la protection sociale s’est fait en tant qu’agent économique de la complémentaire santé. La conception du mouvement mutualiste, qui combine effectivement ces deux dimensions, joue donc dans sa prise en compte par les pouvoirs publics, et dans les responsabilités qui lui sont confiées. Il est aussi intéressant de voir que, dès les années 1980, on a cherché à ajouter de nouvelles représentations des assurés sociaux (avec voix délibérative) dans l’organisation de la protection sociale, en plus des syndicats. Les représentants mutualistes sont cependant les seuls à avoir aussi une activité de financement du système²²¹.

Pour Hervé Mauroy, c’est à partir des années 1980 que les assurances commencèrent à s’intéresser au secteur de l’assurance maladie. En effet, selon lui, la concurrence entre les compagnies d’assurance dommages était devenue tellement forte que les possibilités de développement dans ce secteur étaient très faibles. Les retraites comme la maladie semblaient alors être de nouveaux créneaux porteurs²²². D’autre part, les compagnies pouvaient proposer à leurs clients éventuels des assurances complètes intégrant de nombreux risques, et simplifiant les démarches des assurés, ou celles des entreprises cherchant des partenaires pour la mise en place d’une protection complémentaire pour leurs salariés ; ceci donnait un avantage à ces nouveaux acteurs face à la concurrence mutualiste dont l’offre restait essentiellement circonscrite à la couverture santé. C’est d’ailleurs également le cas des IP qui investirent le champ dès la fin des années 1970 pour la prévoyance collective. Après avoir développé la prévoyance décès, invalidité, et incapacité de travail, les « L4 » ont en effet investi la prévoyance maladie.

La Mutualité n’était donc plus (quasiment) seule sur son marché traditionnel. Et ses concurrents n’étaient pas moins armés qu’elle pour se positionner. L’expertise menée par le cabinet d’audit spécialisé Jalma²²³, est à cet égard révélatrice. Ce rapport critique les stratégies mutualistes arguant qu’il faut savoir perdre un peu d’argent en assurance maladie pour en gagner beaucoup en assurance décès²²⁴. Les mutuelles ont effectivement moins développé leur activité dans d’autres branches de la prévoyance, même si cela a été l’une des préoccupations majeures de la FNMF dans les années 1980. Mais, leur présence dans le secteur étant relativement faible, elles ont difficilement pu mettre en œuvre cette stratégie par rapport aux assurances (qui offrent des contrats globaux alliant la

²²⁰ Intervention au Sénat lors du débat autour de la loi de 1982 sur la composition des conseils d’administration des caisses du régime général de Sécurité sociale.

²²¹ Les autres nouveaux administrateurs étant les associations familiales et les associations de retraités.

²²² Hervé Mauroy, *La mutualité en mutation, la politique solidariste en question*, L’Harmattan, Paris, 1996

²²³ Cabinet Jalma, « Contexte stratégique : mutualité année 0 », *Un panorama de l’assurance 2002*, 2001

²²⁴ « Tous les professionnels savent en effet que, dans les contrats collectifs, il faut souvent accepter de perdre de l’argent en santé pour en gagner beaucoup en assurance décès. Résultat des courses : les opulentes institutions de prévoyance, qui ont bien compris cette règle, prennent aujourd’hui le contrôle de beaucoup de mutuelles en déconfiture. »

prévoyance et l'assurance bien), mais aussi aux IP dont l'activité d'origine est bien la prévoyance. Quand les auditeurs de Jalma sous entendent que les IP ont compris quelle était la stratégie la meilleure pour assurer leur développement, ils oublient de préciser que, contrairement aux mutuelles, la santé était pour eux un complément par rapport à leur activité d'origine.

Dans les années 1980, il fallait donc faire un choix : accepter cette transformation du secteur vers un marché de la protection complémentaire ou bien y mettre fin en y interdisant la présence des assureurs à but lucratif. C'était alors une vraie question puisqu'en 1946²²⁵ il avait été plus ou moins décidé de la confier la protection collective aux organismes à but non lucratif, et que cette volonté avait été confirmée par les syndicats en 1978, comme nous l'avons vu plus haut. La présence du secteur marchand dans le champ n'était donc pas totalement cristallisée même si les assureurs étaient de plus en plus présents en santé. C'est en 1985 que cette question fut traitée lors de la révision du code de la Mutualité. L'un des enjeux principaux de la loi était de reconnaître ou pas un monopole aux mutuelles, ou du moins aux organismes à but non lucratif, sur le champ de la santé. Juridiquement, il n'y avait pas d'obstacles à ce monopole que ce soit au plan européen ou national, selon le rapport du Conseiller d'Etat Michel Morisot²²⁶. La question était plus complexe pour le droit communautaire que pour le droit français. En effet, un monopole en faveur des mutuelles se serait traduit par une restriction du champ d'application du contrat d'assurance, et donc de la liberté d'action des compagnies d'assurance, comme des citoyens. Toutefois, l'application de l'article 37 du traité de Rome interdisant de créer de nouveaux monopoles se limitait à l'échange de marchandises et ne concernait pas les services²²⁷. Il était également admis, pour l'application de l'article 86 du traité sur la concurrence, que les Etats membres puissent, pour des activités d'intérêt public de nature non économique, conférer un monopole à certaines institutions²²⁸. Selon la Commission, « *on [pouvait] raisonnablement soutenir (encore que la controverse soit possible) que l'assurance de risques liés à la personne n'est pas une activité de caractère économique* ». Il restait toutefois une incertitude encore plus grande concernant le libre établissement et la libre prestation de service : réserver ce monopole aux mutuelles de droit français reviendrait à exclure les organismes à but non lucratif des autres pays²²⁹. En définitive, l'instauration d'un tel monopole pouvait poser des problèmes par rapport au droit communautaire sans que ceux-ci ne semblent insurmontables, la réforme de 1985 relève donc avant de considérations politiques et techniques.

Or, la loi réformant le code de la Mutualité en 1985 choisit de permettre la concurrence, ou le « pluralisme maîtrisé » selon le terme consacré à l'époque, entre organismes de statuts différents. Parallèlement, la tutelle administrative des mutuelles était allégée, et une loi globale organisant le marché pour prévenir ses excès fut prévue.

Cette ouverture du marché de la complémentaire était d'ailleurs soutenue par la fédération principale des mutuelles, la FNMF²³⁰, qui souhaitait émanciper les mutuelles de leurs obligations

²²⁵ « *Mutualité ou « L.4 » (ou 1050 du code rural), l'alternative ne comportait pas d'autre voie (même si aucune contribution n'était demandée au salariés) dès lors qu'il s'agissait d'avantages complétant les prestations du régime général.* » Jean Jacques Dupeyroux, *Droit de la Sécurité sociale*, Dalloz, Paris 2005, p1022.

²²⁶ Michel Morisot, *Rapport du groupe de réflexion chargé de la réforme du code de la Mutualité*, Avril 1984.

²²⁷ CSCE SACCHI 30 avril 1974 p.409

²²⁸ Il s'agit de la même décision de la Cour.

²²⁹ Ces questions posaient le problème de la compatibilité d'un monopole avec l'article 52 et suivants du traité relatif aux restrictions du libre établissement et de la LPS. La jurisprudence de la CJCE était très nuancée en la matière (3.12.1974 VAN BINSBELGEN p1308, 28.04.1977 THIEFHY). La règle posée par l'article 60 alinéa 3 du traité était que la prestation de service peut s'exercer par les ressortissants de tous les Etats membres, dans le pays où la prestation est fournie, dans les mêmes conditions que celles que ce pays impose à ses ressortissants. La Cour estime que même en l'absence de condition de nationalité les conditions posées par un pays pour l'exercice d'une activité peuvent objectivement entraver le libre établissement et la libre prestation de service quand en fait, seuls les nationaux des pays considérés pourront remplir les conditions imposées en la matière. Réserver cette activité aux mutuelles régies par le droit français revenait à exclure les sociétés étrangères à but non lucratif pour la complémentaire des risques couverts par le Régime obligatoire. Dans le domaine du marché d'Etat on avait vu ce problème se poser pour la France pour ce qui concernait le droit de préférence donné aux sociétés coopératives.

²³⁰ FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française ou Mutualité Française

vis-à-vis de l'administration, tout en protégeant leur spécificité²³¹. Au contraire, la seconde fédération, la FNMT, défendait l'exclusivité de la protection sociale complémentaire pour les mutuelles qui auraient alors été une prolongation non lucrative de la Sécurité sociale.

Selon Michel Laroque et Eric Aubry, avec l'ouverture explicite du marché, mettant fin à une certaine insécurité juridique, puisque la situation des assureurs dans le champ n'était pas très claire à l'époque, différents dispositifs vont contribuer à « *organiser de nouvelles responsabilités aux mutuelles, contrepartie du doux mais agaçant carcan, étatique antérieur. Il les dote d'un cadre moderne permettant d'allier efficacité et sécurité dans un domaine de prévoyance complémentaire, où la compétition tend à s'accroître* »²³².

Suite à la reconnaissance de la légitimité d'un marché de la protection santé, la loi Evin de 1989 était destinée à le réguler et organiser. Elle concernait donc tous les acteurs présents dans la prévoyance. La loi Evin impose une certaine éthique de comportement pour la protection collective en particulier (garantie viagère, interdiction d'augmenter les tarifs d'un assuré en particulier, continuation de la protection après la sortie de l'employé de son entreprise s'il le souhaite...); mais dans le même temps elle garantit à tous les acteurs une légitimité à intervenir dans le domaine de la protection sociale complémentaire. L'article 1 de la loi stipule que les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance sont toutes trois habilitées (et elles seules²³³) à mettre en œuvre les opérations de prévoyance. D'autre part la loi vise à homogénéiser les conditions d'exercice des acteurs. Elle les contraint tous à provisionner leurs engagements²³⁴ à hauteur de tous les contrats et conventions souscrits. Cette réforme fut particulièrement importante pour les institutions de prévoyance qui avaient un portefeuille important dans les risques concernés. De plus, une commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance fut instituée par la loi, selon le modèle de celle de la commission de contrôle des assurances (qui venait juste d'être réformée lors de la transposition de la deuxième vague de directives assurances). Pour Patricia Toucas-Truyen : « *Le gouvernement de Michel Rocard donc fait le choix, pragmatique ou opportuniste, de contrôler juridiquement le climat concurrentiel qui s'est alourdi à l'aune de la crise des années 80.* »²³⁵

1.1.2.2. Le rôle déterminant des directives assurances : la consolidation finale du marché de la complémentaire

Si le choix de consolider un marché de la prévoyance complémentaire avait, de fait, transformé les options existant au niveau national, l'entrée des mutuelles et des institutions de prévoyance, pour la première fois, dans le cadre du droit communautaire concernant les assurances lors de la transposition des troisièmes directives fut décisive dans la structuration du marché. D'une manière générale, les mutuelles et les institutions de prévoyance étaient soumises aux dispositions des traités européens concernant la concurrence, avant même que des directives spécifiques soient élaborées pour le secteur de l'assurance²³⁶. Mais à partir des années 1970 une législation spécifique au secteur

FNMT : Fédération Nationale des Mutuelles de Travailleurs (précédemment FNMO : Fédération Nationale des Mutuelles Ouvrières et aujourd'hui FMF : Fédération des Mutuelles de France. La FMF est maintenant intégrée dans la FNMF

²³¹ Le nom « mutuelle » fut ainsi réservé aux sociétés régies par le Code, et un code de bonne conduite fut établi.

²³² Michel Laroque et Eric Aubry, « La réforme du Code de la mutualité. », *Droit social*, N°4, Avril 1986, p362

²³³ Cela signifie que l'auto assurance par l'employeur est interdite par exemple.

²³⁴ Pour les contrats « d'assurance vie » (c'est-à-dire ici dont le risque est lié à la durée de la vie – sauf, dans la loi Evin, pour la retraite dont la loi ne traitait pas –), le principe de l'obligation de maintien de la rente était posé immédiatement, et celui de l'obligation de constituer des provisions devait prendre effet après une période de transition. Le système par répartition assorti d'une indemnité de résiliation avait en effet été jugé insuffisant pour les promoteurs de la loi.

²³⁵ Patricia Toucas Truyen, *Histoire de la mutualité et des assurances. L'actualité d'un choix*, Editions La Découverte, Syros, Paris, 1998, p113.

²³⁶ Notamment avec l'article 81 (ex article 85) du traité instituant la Communauté Européenne : « *Sont incompatibles avec le marché commun et interdits tous accords entre entreprises, toutes décisions d'associations d'entreprises et*

des assurances a été rédigée, et se compose de trois vagues de directives nommées logiquement les « directives assurance ». En 1973²³⁷, les directives non-vie instaurent le libre établissement des entreprises d'assurance dans tous les Etats membres, sous réserve d'un agrément administratif et du respect d'un certain nombre de règles prudentielles. En 1988, une nouvelle directive assurance permet la libre prestation de services d'assurance dans l'Union. Pour la maladie, qui est un risque de masse²³⁸, les assureurs pouvaient encore être soumis à l'agrément administratif du pays dans lequel le risque était localisé. En 1992, la troisième vague de directives non-vie met en place le principe de la licence unique. C'est la première fois que les institutions de prévoyance et les mutuelles sont concernées par le droit européen de l'assurance. Pour Dupeyroux, cela tient en grande partie au fait que l'un des arguments principaux de la non intégration de ces institutions aux directives était l'absence de capitaux de couverture face aux engagements pris, or, depuis la loi Evin de 1989, toutes les complémentaires avaient le devoir d'en constituer pour les risques longs.

Pour les assureurs, cette troisième vague de directives n'était que l'approfondissement de la logique des deux précédentes. Par contre, la transposition fut plus difficile pour les IP et surtout pour les mutuelles. En effet, quand ils analysent les directives, Mossialos et Thomson²³⁹ révèlent deux problèmes majeurs :

- Le traitement identique pour les assureurs à but lucratif et à but non lucratif pouvait selon eux entraîner des inégalités sociales accrues envers la protection complémentaire. De plus, le principe du contrôle du pays d'origine, qui vise à éviter la création de barrières protectionnistes envers les assureurs étrangers, peut aussi placer les assureurs issus de régimes très libéraux en position privilégiée par rapport aux pays qui ont des régulations très strictes (comme l'Allemagne par exemple). A cet égard, l'AIM²⁴⁰ conteste les troisièmes directives assurances car elles définissent implicitement les mécanismes marchands comme le meilleur système possible. Elle y oppose une alternative dans laquelle tous les assureurs volontaires de santé accepteraient des règles identiques d'intérêt général. Cependant, la ligne de partage entre les assureurs, solidaires ou non, ne peut se baser uniquement sur la question du but lucratif ou non lucratif dans la perspective communautaire. En effet, il existe de grandes différences entre les assureurs à but non lucratif eux-mêmes. Il faudrait donc s'accorder plutôt sur des principes d'intérêt général pour définir des règles du jeu spécifiques. Ce qui est justement le second problème posé par les directives, soulevé par Mossialos et Thomson.
- Cette directive ne propose aucune définition précise de l'intérêt général alors que le recours à ce principe permettrait d'envisager certains aménagements pour les organismes s'en réclamant.

Dans ce contexte, l'adaptation au droit communautaire des assurances se fit assez rapidement pour les assurances mais également pour les institutions de prévoyance. Cette adaptation des IP au droit européen se fit en deux temps :

- Une première loi, du 27 janvier 1993 distingua les institutions de retraite garantissant leurs garanties par des provisions des autres. Les sections prévoyance des caisses AGIRC et ARRCO sont alors devenues des sections autonomes ;

toutes pratiques concertées, qui sont susceptibles d'affecter le commerce entre États membres et qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché commun »

²³⁷ 1979, 1990 et 1992 pour les directives assurance vie.

²³⁸ En 1988, les seuls risques qui ont été réellement libéralisés ont été les « grands risques ». Ces derniers sont déterminés par leur nature sur la base de critères quantitatifs (les risques transport et crédit-caution liés à des activités professionnelles par exemple) Les risques afférents à la branche dommages et responsabilité civile en font également partie si l'entreprise emploie au moins 250 employés, ou si son chiffre d'affaire net est supérieur à 12,8 millions d'écus ou si son bilan a un total de 6,2 millions d'écus. Pour ces risques, le prestataire n'a qu'à faire une déclaration au contrôle du pays dans lequel il exerce. L'activité ne peut être subordonnée à un agrément administratif. Les autres risques sont des risques de masse. Pour ceux-là l'exercice du prestataire pouvait dépendre d'un agrément administratif.

²³⁹ Mossialos Elias et Thomson Sarah, *Voluntary health insurance in the European Union*, Rapport préparé pour la Direction Générale Emploi et Affaires Sociales, 27 février 2002

²⁴⁰ Association internationale de la Mutualité.

- Le 1^{er} juillet 1994 une seconde loi confirma la spécialisation des institutions entre les institutions de retraite complémentaire, dont le seul objet est de gérer les régimes de retraite complémentaire (ARRCO et AGIRC), les institutions de prévoyance dont l'objet est d'intervenir sur l'ensemble des domaines de la protection sociale sous réserve de pouvoir garantir les engagements qu'elles prennent (ce sont celles qui nous intéressent ici), les institutions de retraite supplémentaire dont l'objet est de gérer des engagements de retraite établis, antérieurement à la loi du 8 août 1994, au sein d'une entreprise ou d'une branche, n'ayant pas donné lieu à constitution de provisions permettant de garantir les prestations.

La procédure de mise en conformité avec le droit communautaire fut beaucoup plus longue en ce qui concerne les mutuelles. La transposition des directives dans le code de la Mutualité n'eut lieu qu'en 2001²⁴¹, et après une condamnation de la France par la CJCE en 1999²⁴².

La façon dont les directives avaient été conçues pouvait poser problème aux mutuelles qui étaient spécialisées avant tout en santé. Pour les opposants à la transposition, l'une des difficultés majeures posée par ces textes était que tous les types d'assureurs et tous les types de risques étaient confondus dans les directives vie et non-vie. Daniel Le Scornet²⁴³ signale ainsi que les assureurs peuvent être avantagés par rapport aux mutuelles de par la multiplicité des risques qu'ils couvrent, alors que plus de 70% de l'activité des mutuelles est consacrée à la santé, comme nous le verrons plus bas. Il est donc possible pour les assureurs d'adosser le risque santé sur d'autres produits plus lucratifs. La santé pourrait alors n'être qu'un produit d'appel pour ces opérateurs, ce que souligne d'ailleurs le cabinet Jalma, comme nous l'avons déjà vu.

Cependant, il semble bien que cette question avait déjà commencé à être tranchée lors des débats entourant les lois de 1985 et 1989. Lorsque les deux conceptions de la mutualité évoquées plus haut, celle de la FNMT et celle de la FNMF, se sont affrontées autour de l'idée de donner ou non l'exclusivité de l'assurance maladie au secteur social, l'arrière fond des traités européens et des premières directives assurances a sûrement eu un impact. Ainsi pour Yves Saint-Jours, la tendance défendant une mutualité avec ses spécificités et dégagee de la tutelle étatique, « *l'a emporté acceptant de se soumettre aux pressions de la CEE²⁴⁴ au risque de créer de sérieuses difficultés pour l'avenir de la mutualité* »²⁴⁵ puisqu'il fallait désormais faire avec la concurrence des IP, mais surtout des assureurs.

A l'issue de la transposition des directives assurances, les trois types d'institution sont donc reconnus comme légitimes à participer à un marché de la complémentaire santé dont le caractère concurrentiel est encore renforcé. Cette adaptation du droit national a toutefois connu des déclinaisons spécifiques, afin de respecter les particularités des différents organismes. Pour les mutuelles par exemple, le mécanisme de la substitution a été mis en place pour permettre aux plus petites d'entre elles de s'adosser à une mutuelle plus importante prenant en charge leurs obligations financières. Le principe de spécialisation a également été aménagé pour que les mutuelles puissent garder des liens avec leurs réalisations sanitaires et sociales. Mais les directives ont recomposé de façon très profonde le paysage mutualiste. C'est le principe au fondement même du fonctionnement traditionnel des mutuelles qui a dû être reconsidéré comme le souligne cet ancien professionnel de la mutualité : « *la mutualité c'est des gens qui se réunissent ensemble et qui disent : « On va mettre quelques moyens ensemble, et puis on va faire au mieux avec ces moyens ».* Et les directives c'est, je caricature encore : « *Messieurs, vous voulez faire de l'assurance. Moi j'ai la charge de vous contrôler, et pour pouvoir bien dormir tous les jours je veux que vous ayez*

²⁴¹ Ordonnance du 19 avril 2001

²⁴² Arrêt CJCE du 16 décembre 1999

²⁴³ Ancien président de la Fédération des mutuelles de France.

²⁴⁴ Celle-ci avait déjà mis en place la liberté d'établissement par les premières directives assurance (1973 et 1979) et pour la liberté de prestations des services de par les secondes (1988).

²⁴⁵ Yves Saint-Jours, « Un regard juridique sur les mutuelles d'entreprise. », *Droit social*, N°11, Novembre 1989, p759-766, p761.

beaucoup de fric. Comme ça si vous faites une connerie, ben vous aurez le fric pour la compenser. Je caricature mais c'est un peu ça. Ces deux mondes sont totalement... très très différents »²⁴⁶. Non seulement les mutuelles ont du adapter leur manière de fonctionner, mais en plus, toute une partie d'entre elles a été amenée à disparaître, le plus souvent par le biais d'une fusion avec une autre mutuelle. Les directives ont remodelé le monde mutualiste aux dépens des mutuelles les plus petites : « *ça a tué les toutes petites, ça c'est vrai. Parce que les toutes petites mutuelles ont été tuées, non pas par les fonds propres, à la limite elles les avaient, mais par le fait qu'il y avait un minimum de fonds de garanties. Et que ce minimum de fond de garantie, alors je ne sais plus, il a bougé, mais qui était de mémoire d'1.5 Millions d'€, (...) était absurde pour un certain nombre de mutuelles en France* ». Les mutuelles qui ne pouvaient pas faire face à leurs obligations ont pu se dissoudre, fusionner avec une autre mutuelle ou continuer à exister par le biais du mécanisme de la substitution. *In fine*, selon Hélène Vincent, en deux ans le nombre des mutuelles effectuant des opérations d'assurance est passé de 6000 à 1500²⁴⁷.

Le champ de la complémentaires santé, de par les transformations qu'ont du connaître les mutuelles et les IP lors de leur entrée dans les directives, a donc été très largement transformé. Aujourd'hui, toutes les complémentaires subissent des contraintes semblables et sont contrôlées par le même organisme²⁴⁸ : l'ACAM (anciennement CCAMIP)²⁴⁹.

Suite à cette transposition, Bruxelles n'a cessé de s'intéresser aux complémentaires qui sont dès lors entrée explicitement dans le champ de la concurrence. La Commission prend en effet soin d'éviter toute distorsion entre les trois opérateurs du marché en France. Ainsi peu à peu, suite à une première homogénéisation du droit concernant les complémentaires de par l'introduction des éléments provenant des directives, les conditions dans lesquelles elles réalisent leur activité sont examinées. Cette vigilance fait que les répercussions de l'entrée dans les directives ont été bien plus nombreuses que la simple transformation des trois codes régissant les organismes de complémentaire maladie.

Pour ce qui est des règles d'activité des trois types d'organismes, l'harmonisation de leur encadrement juridique a été achevée dans les années 2000. De ce point de vue là, tous les opérateurs commercialisant de la complémentaire en France sont sous normes européennes. Mais cela ne suffit pas pour que tous travaillent dans les mêmes conditions.

Bien après la transposition des directives en droit français, le dossier de la fiscalité des organismes de protection sociale complémentaire est encore ouvert. Or, pour le régler il faut prendre en compte toutes les modalités de l'imposition des organismes : la fiscalité des organismes, la fiscalité sur les produits, la fiscalité sur la personne morale. Normalement, la Communauté n'est pas censée harmoniser les fiscalités des Etats membres. En revanche, ces derniers doivent dans tous les cas respecter les grandes libertés du traité, selon lesquelles on ne peut pas traiter différemment des personnes physiques ou morales ayant des activités semblables. Sur ce thème, l'Etat avait une approche différente de celle de la Commission, puisque l'établissement des charges fiscales et sociales des organismes se faisait selon le statut de chacun. Or, une fois que tous sont considérés comme similaires aux yeux de Bruxelles, de telles disparités ne sont plus acceptables.

Concernant le droit de la concurrence, la DG concurrence a un pouvoir propre qui lui permet d'examiner ce qui se passe dans les Etats, et de leur demander des explications, si elle considère qu'une aide d'Etat (qui peut bien sûr passer par le biais fiscal ou social) crée des distorsions. C'est alors que toute une discussion s'engage entre l'Etat et la Commission pour savoir s'il y a réellement

²⁴⁶ Entretien avec un ancien professionnel de la Mutualité.

²⁴⁷ Hélène Vincent, Hélène Vincent, *La Mutualité Française dans l'Union Européenne : nouveau contexte, nouveaux défis*, Recma, n°300, mai 2006.

²⁴⁸ Du moins pour les plus importantes d'entre elles.

²⁴⁹ La CCAMIP (Commission de Contrôle des Assurances Mutuelles et Institutions de Prévoyance) a été créée par la loi n°2003-706 du 1er août 2003, par la fusion de la Commission de contrôle des assurances (CCA) et de la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCMIP). Elle a changé de nom en vertu de l'article 14 de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 pour devenir l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM).

un problème, et dans ce cas, sur la manière dont il sera réglé. Dans le cas de la fiscalité des organismes complémentaires, cette discussion entre l'Etat et la Commission reposait sur la pertinence du critère de non lucrativité pour baser la fiscalité. Pour la Cour de justice, c'est un critère qui peut être mobilisé pour justifier un traitement préférentiel envers une organisation. Cependant, ça ne peut pas être le seul, et il doit profiter à toutes les structures européennes répondant aux mêmes critères. Pour la Commission, si l'exonération fiscale ou sociale attachée à un statut est liée à une mission d'intérêt général, alors celle-ci doit être mentionnée dans les statuts des sociétés concernées. Ces dernières doivent aussi justifier des coûts engendrés par l'exercice de cette mission pour pouvoir bénéficier d'une aide, comme expliqué ci-dessous.

L'exonération de taxe sur les conventions d'assurance maladie a été accordée aux mutuelles dès 1945 en référence à leur statut d'organisme sans but lucratif. Cette exonération semble aussi avoir été appliquée dès 1947 aux institutions de prévoyance. Puisqu'elle est donc antérieure au Traité de Rome, il s'agit d'une « aide existante » au sens de l'art. 88, paragraphe 1, du traité CE et du règlement de procédure en matière d'aides d'Etat (règlement CE n° 659/99). Il faut souligner aussi que depuis notamment l'entrée en vigueur des troisièmes directives assurance et leur transposition aux mutuelles en 2001, le marché de l'assurance dans l'Union européenne est de plus en plus concurrentiel et intégré. L'aide existante sous forme d'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance introduit une distorsion de concurrence en faveur des mutuelles et institutions de prévoyance qui ne saurait désormais être compatible avec le développement du marché commun. A ce stade, il n'apparaît pas que la prestation d'assurance complémentaire maladie par les mutuelles et institutions de prévoyance relève en soi d'un service d'intérêt économique général explicitement inscrit dans les statuts de ces organismes. Les Autorités françaises n'ont en tout état de cause fourni aucune justification permettant d'apprécier la réalité des coûts particuliers encourus par les mutuelles au titre d'une mission d'intérêt général.

Extrait de la recommandation de la Commission du 13 avril 2001, IP/01/1575

Lors des procédures engagées par la Commission sur les dossiers d'aides d'Etat, elle ne rend pas un avis à appliquer directement, l'Etat peut négocier une solution avec la DG concurrence. On peut donc aboutir à une solution plus nuancée et plus politique. Dans le cas de l'évolution de la fiscalité sur les produits, L'Etat français n'a ainsi pas été conduit à supprimer tout simplement la taxe sur les contrats d'assurance, et inversement, il ne l'a pas ajoutée non plus aux obligations des IP et des mutuelles. L'attention de l'administration est passée du statut au produit. L'exonération était ainsi conservée uniquement pour des contrats respectant certains critères (garantie viagère, absence de questionnaire médical). Ça n'était alors plus une aide qui était accordée à certaines sociétés et pas à d'autres, mais une incitation pour les entreprises à commercialiser un certain type de contrats. Dans ce cas, le changement impulsé par l'action de l'Union faisait évoluer les pratiques des assureurs, tandis que la plupart des contrats mutualistes répondaient normalement déjà aux caractéristiques choisies. Pour un responsable mutualiste de la FFMF, ancienne FNMT, « *on est passés en effet de la position que vous avez rappelée il y a un instant [la demande du monopole du secteur non lucratif dans le champ de la santé], à une position qui visait à prendre en compte la réalité telle qu'elle était, mais avec de nouvelles exigences (...)* Puisqu'on se trouvait face à une pluralité d'acteurs, et puisqu'on considérait que le risque santé est quand même très spécifique par rapport à beaucoup d'autres risques, on a considéré qu'il fallait que ce risque santé soit géré tant sur le plan national que sur le plan européen avec des normes solidaires, qui s'imposent à l'ensemble des opérateurs. Et donc c'est sur cette base là qu'on s'est battu ensuite. Et ce qui explique qu'on ait eu cette position dans le cadre de la réforme de la Mutualité qui a été, certes puisqu'on était dans l'impossibilité de faire autrement, de prendre en compte l'adaptation des directives européennes en droit français, mais aussi de faire valoir à cette occasion le plus possible la spécificité et du risque santé et de la Mutualité au sein des acteurs de l'assurance maladie. Et donc ce qui explique également que l'on ait eu cette position sur les contrats responsables. Puisqu'on a considéré que les contrats responsables étaient une façon, précisément, de pouvoir imposer aux opérateurs un certain nombre de normes, qui nous apparaissaient conformes à l'intérêt général. C'est pour cette raison également qu'on a eu cette position sur la fiscalité. C'est-à-dire qu'à partir du moment où on ne pouvait plus empêcher que la fiscalité dépende non plus de l'opérateur mais du type d'activité de ces opérateurs ; toute notre bataille a été d'essayer d'imposer à ces activités un certain nombre de normes à partir desquelles il y avait fiscalisation ou pas de l'activité. Alors bien sûr ce sont des

normes qui s'appliquent à tous les opérateurs. Mais on a travaillé, comme on le fait sur chaque dossier, pour que ces normes prennent en compte le plus possible la spécificité du risque santé et les valeurs de solidarité qui doivent accompagner sa gestion ».

Ainsi, si l'introduction de la concurrence et son encadrement légal a souvent contraint les mutuelles et les IP à adopter des comportements plus proches de ceux des assureurs, le rapprochement n'a pas toujours été dans ce seul sens. S'ils veulent rester dans le cadre des exonérations fiscales et sociales les assureurs ont eux aussi des obligations. Et ces nouvelles contraintes sur les opérateurs ont depuis été encore approfondies.

Aujourd'hui, l'évolution des normes européennes en matière d'assurance est à nouveau en question avec la préparation des directives Solvency II. Leur élaboration est complexe et mouvante, les organismes complémentaires ne savent donc pas encore quelle sera leur incidence en matière de constitution de marges de solvabilité, mais le principe retenu est que les organismes concernés devront à chaque instant pouvoir démontrer qu'ils sont solvables. Cette démonstration pourra *a priori* être effectuée à l'aide d'un modèle interne construit pour chaque structure. Il n'est pas certain que les exigences financières soient renforcées pour tous les assureurs, cela dépendra de critères qui doivent encore être fixés. Selon un actuinaire : *« Il y a deux mots en anglais : il y a solvency et solvability. Solvability c'est solvabilité : c'est-à-dire « au 31 décembre je montre que je suis solvable ». Alors qu'avec solvency je montre ma solvance : c'est-à-dire, plus que la solvabilité, parce que cela veut dire « à tout moment je démontre que je suis solvable et que je continuerai à l'être. » (...) Solvency II c'est vraiment « je démontre ma solvance ». Mais le mot n'existe, pas c'est juste le problème, il faudrait inventer le mot de solvance. »*

En 20 ans, les droits national et européen ont accompagné la mise en œuvre d'un marché de la complémentaire santé. Cette transformation de l'offre en matière d'assurance maladie complémentaire, est également la base d'une redéfinition des rapports entre la couverture obligatoire et complémentaire qui commence avec la loi sur la couverture maladie universelle et se poursuit avec la réforme Douste-Blazy de 2004.

1.1.3. La loi sur la CMU ou la complémentaire santé comme auxiliaire indispensable de la Sécurité sociale

Pour un mutualiste, la loi de 2004 instaurant l'UNOCAM découle logiquement du mouvement initié par la loi sur la CMU. *« Que dit la loi de 1999 dans son article premier ? Elle crée quelque chose qui me paraît, encore aujourd'hui, une stipulation très curieuse, dans le pays où on a créé la Sécu il y a 60 Ans. Elle crée... elle stipule le droit à la complémentaire santé. C'est dans le cadre de la CMU, mais elle parle du droit à la complémentaire santé. Donc, partant de là, la complémentaire santé est instituée comme nécessaire pour une égalité d'accès aux soins en France. Ce qui fait que ce qui était d'initiative privée et facultative, est désormais pointé comme l'un des vecteurs... républicains en quelque sorte, pour parvenir à l'égalité d'accès aux soins. Et ça a des conséquences. (...) la complémentaire santé n'est plus qu'une assurance, mais elle devient un concours à l'organisation publique de l'accès aux soins. A partir de là, on voit un premier effet immédiatement, (...) on voit les pouvoirs publics définir un panier de soins complémentaire. « Complémentaire » c'est ça qui est nouveau. (...) Il est tout à fait logique que les pouvoirs publics ayant indiqué une loi, ils commencent à édicter des règles, à réglementer, à prendre des décrets pour organiser ou encadrer la complémentaire santé. C'est pour cela que je situe le virage en 1999 ». Cette analyse se retrouve dans le discours des assureurs : « ce qui est véritablement important c'est qu'aujourd'hui les complémentaires sont totalement installées dans le paysage. (...) Ce qui a commencé à changer, de notre point de vue, de façon significative les choses c'est la CMU. La CMU complémentaire et l'implication des complémentaires dans la gestion de la CMU, et notamment l'implication d'un certain nombre de société d'assurances de la FFSA. Donc c'est*

antérieur à la réforme [de 2004], et donc on reconnaît que pour avoir une bonne couverture santé il faut une complémentaire, y compris pour les plus démunis, l'assurance maladie ne suffit pas, il faut une complémentaire ».

En effet, le gouvernement Juppé avec le projet d'AMU (assurance maladie universelle) avait déjà envisagé la généralisation de la couverture santé de base. La CMU en tant que telle constitue donc la réalisation de projets plus anciens. Mais l'attention sur cette généralisation de la protection de base a éclipsé cette nouveauté de la loi : la CMU complémentaire (CMUC). En faisant le choix de créer la CMUC dans laquelle tous les organismes complémentaires sont parties prenantes, on reconnaissait du même coup l'importance de la protection santé complémentaire aux prestations du régime obligatoire. Pour le député Boulard, rédacteur du rapport concernant la loi sur la CMU, l'universalisation de la couverture de base s'avérait effectivement insuffisante. Le 27 avril 1998 il déclare devant l'Assemblée Nationale : *« l'extension des régimes de base, et notamment du régime général ne suffit pas. Et c'est pourquoi l'AMU, si elle avait existé aurait été insuffisante. Car, pour pouvoir se soigner, il ne suffit pas d'avoir comme on dit « sa » Sécurité sociale. En effet, vous le savez, au fil des années, le ticket modérateur – qui entre parenthèses n'a jamais rien modéré – s'est transformé en un ticket d'exclusion et on a abouti à ce paradoxe : dès lors qu'on n'avait pas de couverture complémentaire – comme 15% de la population –, on était privé de la possibilité de jouir de ses droits de base. Pour assurer l'accès aux soins, il fallait également traiter de l'extension de la couverture complémentaire »*²⁵⁰.

Or on traite en ce cas de l'extension d'une couverture privée proposée par des organismes eux aussi privés et en concurrence les uns avec les autres. Plusieurs scénarii étaient possibles pour favoriser l'accès aux soins avec ou sans la participation des complémentaires : une augmentation de la couverture obligatoire ; une couverture complémentaire décentralisée gérée par les collectivités locales ; une couverture partenariale gérée par la CNAM et les complémentaires. C'est cette dernière option qui a été choisie, consacrant une première intégration des organismes de couverture maladie complémentaire au dispositif de la protection santé et surtout leur caractère indispensable pour assurer un accès aux soins satisfaisant.

Notons toutefois que toutes les complémentaires ne sont pas obligées de fournir la CMUC et que les différents types d'opérateurs se sont impliqués dans le dispositif à des degrés différents. Par exemple les IP proposant des couvertures collectives sont de fait assez peu concernées par cette question puisque leurs adhérents, le plus souvent des salariés, font rarement partie de la population ciblée par le dispositif. Cependant, dans le cadre de professions spécifiques, et pour les retraités, il peut se trouver des bénéficiaires de la CMUC parmi leurs assurés (dans le secteur bâtiment par exemple où les retraités ont souvent de très faibles revenus).

Par ailleurs, cette complémentaire n'est pas à côté de la protection obligatoire. D'une part les bénéficiaires de la CMU peuvent choisir comme organisme complémentaire une société d'assurance, une institution de prévoyance, une mutuelle mais aussi une CPAM²⁵¹. D'autre part, des liens financiers ont été créés entre les régimes : les complémentaires concourent au financement du fond CMU et celles qui participent au dispositif reçoivent des compensations financières pour chaque individu couvert.

Suite à ce précédent, qui initia aussi de nouveaux rapports avec la CNAM, les réformes de l'assurance maladie envisagées prirent en compte les complémentaires dans l'organisation de la santé. Avant la réforme de 2004, nous pouvons encore signaler le rapport Chadelat, qui fit date, et qui imaginait une assurance maladie à trois étages comprenant les complémentaires. Une couverture de base obligatoire aurait été assurée à tous les citoyens (avec notamment la CMU de base pour ceux dont la situation ne donne pas accès à la Sécurité sociale), puis les français auraient pu

²⁵⁰ Cité par Brigitte Frotier, Novembre 2004.

²⁵¹ Ce n'est pas le cas de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire qui ne concerne que les organismes complémentaires proprement dits.

compléter le dispositif avec l'assurance de leur choix. Pour les foyers les plus modestes, une aide leur aurait assuré la possibilité d'acheter une complémentaire de base. La somme de la couverture obligatoire de base (élargie à « *l'ensemble des prestations aujourd'hui servies par les AMC et qui sont indispensables à un bon accès aux soins* »²⁵²), et de la couverture complémentaire aidée, correspondrait, à l'assurance d'un panier de soins prédéterminé, et indispensable pour tout citoyen : la couverture maladie généralisée (CMG). Les finances publiques seraient redirigées « *vers ceux qui en ont le plus besoin* ». Dans ce cas, la couverture minimale des Français, aurait été assurée conjointement par la protection obligatoire et complémentaire.

Cette nouvelle importance donnée à la protection complémentaire maladie a également été portée au niveau européen par Michel Rocard dans un rapport au Parlement. Le droit à la protection maladie y est considéré comme un droit imprescriptible, et la complémentaire comme un vecteur essentiel de l'accès à cette protection.

Tout d'abord, il est indispensable que la future Charte des droits fondamentaux, qui confirmera les libertés et les droits des citoyens européens, inscrive le droit imprescriptible à la protection maladie et garantisse l'accès aux soins médicaux nécessaires et de qualité dans des délais raisonnables.

Ensuite, il est important de mettre en place les instruments du suivi, par l'organisation d'une veille communautaire sur l'état de santé de la population, son recours et son accès aux soins et par la mise en commun des bonnes pratiques et leur valorisation.

Enfin, il est raisonnable de créer un socle de règles minimales au niveau des Etats membres et de l'Union européenne qui permettent à tous les acteurs, publics et privés, de coopérer pour apporter une réponse concertée aux besoins exprimés par ceux qui doivent se faire soigner.

La reconnaissance d'un service universel de base, la définition, en partenariat avec les assureurs de la complémentaire maladie, de règles déontologiques qui visent à la non-discrimination, la pérennité des contrats, le non recours à l'information génétique et la transparence à l'égard du consommateur, sont autant de garanties du maintien de la solidarité européenne.

La mise en place de ces instruments favoriserait grandement la libre circulation des travailleurs et des citoyens dans l'Union européenne et contribuerait à l'édification de l'Europe sociale.

Extrait du rapport sur l'assurance maladie complémentaire de la Commission de l'emploi et des affaires sociales au Parlement Européen. 4 octobre 2000.

Ainsi, depuis la fin des années 1990 en France, les complémentaires commencent à être considérées comme des acteurs indispensables dans le système de santé, la Sécurité sociale n'ayant plus vocation à couvrir tous les besoins indispensables en matière de protection maladie. Cette conception du rôle du complémentaire paraît d'ailleurs assez cohérente avec la conception de la protection sociale défendue par l'Union européenne.

En 25 ans, nous sommes donc passés d'opérateurs de protection sociale très divers, tant par leur champ d'action que par leurs modes fonctionnement, à la confirmation d'un marché de la complémentaire santé s'accompagnant d'un rapprochement des réglementations concernant les trois types d'organismes désormais en concurrence. Si les acteurs restent différenciés, il semble bien que l'hétérogénéité se réduise non seulement du fait de la soumission des mutuelles et des IP à des modes d'exercices plus proches de celui des assurances, mais aussi par des régulations d'ordre éthiques du marché qui passent en particulier par le biais d'incitations fiscales ou sociales et qui induisent des pratiques nouvelles pour les assureurs.

L'étape que nous avons vue dans cette dernière partie est celle d'une articulation réelle de ces complémentaires à la protection obligatoire, avec la CMUC. Non seulement les différents opérateurs ont tous peu ou prou participé à cette couverture, mais celle-ci supposait de nouvelles

²⁵² Jean-François Chadelat, *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et les complémentaires en matière de dépenses de santé*, La Documentation Française, Paris, 2003

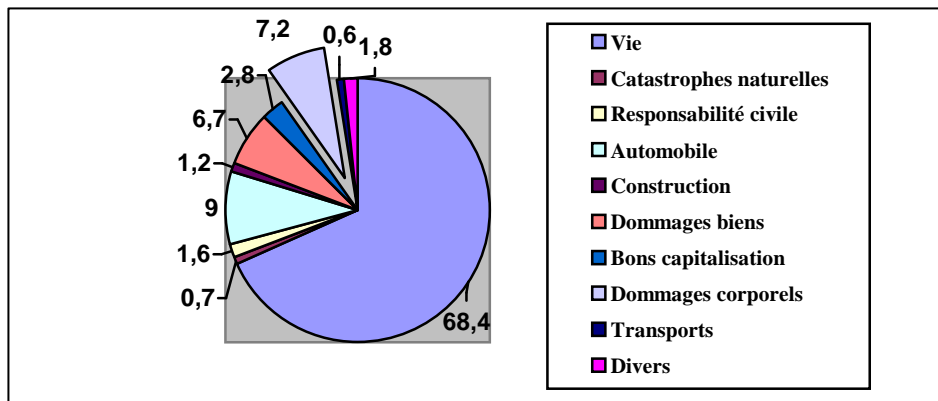
contraintes (même si elles ne concernaient qu'une partie de la population) : définition d'un panier de soins, de tarifs opposables... Nous allons maintenant voir comment ces divers types d'organismes de protection sociale complémentaire se situent par rapport au champ de la santé et comment ils conçoivent l'articulation entre régime obligatoire et régime complémentaire lors de la réforme de 2004 qui leur prévoit une implication supplémentaire dans la régulation de la couverture maladie dans son ensemble.

1.2. Enjeux et discours autour de la protection santé et de l'articulation AMO-AMC au moment de la réforme de 2004

Il faut en premier lieu noter que la place de la complémentaire santé dans l'activité des trois opérateurs est très différente par rapport à leur activité générale.

Pour les assurances, les assurances dommages corporels (qui comprennent la complémentaire santé) ne représentent que 7.2% du chiffre d'affaire en 2006. Les assureurs sont les sociétés qui sont présentes sur les champs d'activité les plus divers en matière d'assurances, contrairement à leurs deux concurrents.

Figure 1 : Structure en pourcentage du chiffre d'affaire des assurance en 2006 (source FFSA)²⁵³



Pour les institutions de prévoyance, la transposition des directives assurances a engendré une séparation des organismes gérant les retraites obligatoires de ceux qui proposent une prévoyance collective. Pour ces derniers nous pouvons noter que la complémentaire santé représente alors une part très importante des cotisations perçues (47%). Cependant, toutes les institutions de prévoyance ne s'occupent pas de protection santé, une bonne partie d'entre elles restée principalement dans leur secteur d'origine et, à elles seules, les 5 ou 6 institutions principales représentent plus de 90% du chiffre d'affaire en santé.

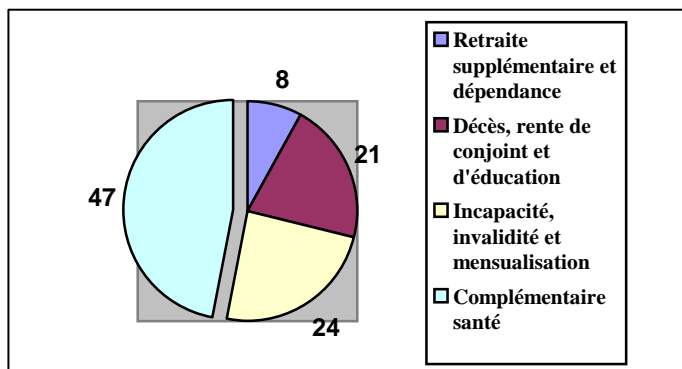


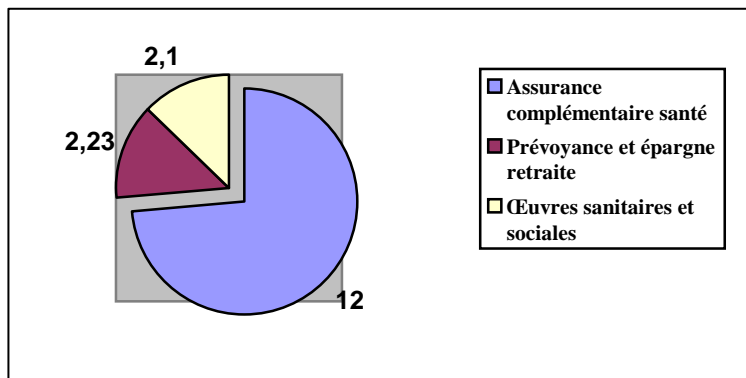
Figure 2 : Répartition de l'activité des institutions de prévoyance en 2004 en pourcentages des cotisations (source : CTIP)²⁵⁴

²⁵³ FFSA (Fédération Française des Sociétés d'assurance), *L'assurance française en 2005*.

²⁵⁴ CTIP, *Institutions de prévoyance*, Mai 2006

Enfin, la complémentaire maladie est le secteur d'activité traditionnel des mutuelles et il restait très largement majoritaire en 2002 selon le rapport de la CCMIP²⁵⁵. Cependant, le rapport 2004 précise combien il est difficile de se faire une représentation précise du secteur. D'autant que la modification du code en 2001, a entraîné de profonds bouleversements²⁵⁶. Contrairement aux IP, les mutuelles sont toutes impliquées sur le champ de la santé puisque c'est leur secteur d'origine et n'ont pas le droit de faire de l'assurance de biens. Elles déploient donc leur activité assurantielle uniquement dans le domaine de la prévoyance. En revanche, elles ont une longue tradition de gestion d'œuvres sanitaires et sociales qui n'existe vraiment ni pour les assureurs ni pour les institutions de prévoyance.

Figure 3 : Structure du chiffre d'affaire des mutuelles en Md€ pour 2002 (source CCAMIP)²⁵⁷



Etant donnée l'importance très variable de la complémentaire santé pour chaque organisme, il est assez évident que les enjeux ne seront pas les mêmes pour leurs représentants lors des transformations du secteur.

Au-delà de la part respective de chaque organisme dans l'AMC, les positionnements politiques sont influencés par leur nature, et par les idéologies qu'ils ont construites lors de leurs histoires respectives. Tous ont développé un discours et des conceptions concernant la santé qui se sont exprimés depuis, durant les débats ayant précédé la réforme de 2004 et aujourd'hui au sein de l'UNOCAM.

Nous relevons en introduction le fait que les acteurs du champ de la complémentaire maladie ne sont pas aussi clairement identifiés en tant qu'acteurs politiques que peuvent l'être les organisations syndicales et patronales dans l'assurance-chômage. Toutefois, chaque type d'organisme a structuré des institutions représentatives qui assument ce rôle politique. Nous proposons à cet égard de voir les prises de positions des trois types d'organismes à travers celles des trois fédérations

²⁵⁵ CCMIP : Commission de contrôle des Mutuelles et des Institutions de prévoyance.

²⁵⁶ Depuis la mise en œuvre du nouveau Code de la mutualité, en 2002, le secteur mutualiste est en pleine restructuration. En deux ans, le nombre de mutuelles est passé de 5 000 à 2 400 environ à fin 2004. Certaines mutuelles ont disparu, d'autres ont recherché des alliances afin de satisfaire aux nouvelles exigences réglementaires, notamment en termes de solvabilité. Fusions et absorptions ont donc entraîné un vaste mouvement de concentration, toujours en cours. Les mutuelles les plus puissantes dépassent le million d'adhérents, mais de très nombreuses en comptent moins de mille, voire moins de cent. L'un des premiers objectifs de la CCAMIP est d'établir une base de données administratives et financières complète et exhaustive d'un secteur très disparate. Les informations fiables manquent cruellement. Malgré l'obligation d'immatriculation, le nombre même des mutuelles n'est pas connu précisément à ce jour... On estime que la moitié des mutuelles, soit environ 1 200 entités, relèvent du Livre II du Code de la mutualité et offrent des prestations d'assurance, essentiellement dans le domaine de la complémentaire santé où elles détiennent près des deux tiers du marché. Seules 600 d'entre elles sont suffisamment solvables au regard des textes réglementaires, les autres ayant dû faire appel au mécanisme de la substitution [permettant aux petites mutuelles de s'adosser à une mutuelle plus grande pour faire face à ses obligations prudentielles]. Les autres mutuelles gèrent des réalisations sanitaires et sociales relevant du Livre III du Code de la mutualité. Il s'agit d'hôpitaux, de pharmacies, de cabinets dentaires et d'autres organismes délivrant des prestations en nature. CCAMIP, *Rapport 2004*

²⁵⁷ CCMIP, *Rapport 2002-2003*.

représentatives les plus importantes concernant la complémentaire santé. Ces trois fédérations sont d'ailleurs celles qui ont fondé l'UNOCAM :

- La FFSA, fédération française des assurances a été créée en 1937. Elle compte 281 entreprises membres, représentant 90 % du marché français de l'assurance. Notons encore que parmi les entreprises soumises au code des assurances il existe les sociétés anonymes, et les sociétés mutuelles d'assurances qui sont aussi des sociétés de personne mais qui proposent aussi des assurances de bien. Celles-ci peuvent être affiliées à une autre fédération, le GEMA.

- Le CTIP, le centre technique des institutions de prévoyance a été créé en février 1986, à l'initiative des représentants de vingt institutions. Aujourd'hui, le CTIP compte 62 institutions membres. Il a la forme d'une association loi de 1901 et fonctionne de manière paritaire.

- La FNMF, la fédération nationale de la mutualité française existe depuis 1902. Elle regroupe plusieurs fédérations mutualistes : la MFP (mutualité de la fonction publique), la FMF (fédération des mutuelles de France), la FNMI (la fédération nationale des mutuelles interprofessionnelles)... Elle fédère la quasi-totalité des mutuelles santé. 38 millions de personnes sont protégées par ces mutuelles. Il existe également une fédération représentative « dissidente », la FNIM, créée en 1989.

Chacune de ces fédérations a élaboré un discours spécifique sur la protection santé avant et autour de la loi d'août 2004. Il est fonction de la place de la santé dans leur « portefeuille » et de la culture de ces institutions.

1.2.1. La position des assureurs (FFSA et CEA)

Depuis les travaux de François Ewald, la vision de l'assurance comme facteur positif dans la société a été théorisée. La technique actuarielle permettrait à chacun de « *bénéficier des avantages du tout en le laissant libre d'exister comme individu. Elle semble réconcilier ces deux termes antagonistes que sont société et liberté individuelle* »²⁵⁸. On pourrait donc concevoir, grâce aux assurances, une solidarité non pas organisée mais déjà incluse dans la technique. On retrouve de nos jours, chez les organisations représentantes des sociétés d'assurance, cette volonté de démontrer l'utilité sociale de l'assurance. L'une des trois grandes rubriques du site de la FFSA est intitulée « l'assurance dans la société ». Pour sa part, le Comité Européen des Assurances²⁵⁹ (CEA) a rédigé un rapport sur ce thème en juin 2005, intitulé « *Between public and private : Insurance solutions for a changing society* », valorisant la mise en place par les assureurs de politiques d'investissement dans les entreprises innovantes et de campagnes de prévention contre des risques de santé²⁶⁰. C'est à l'aune de cette vision sociétale de leur fonction que les assureurs vont décliner le rôle qu'ils pourraient jouer dans le cadre d'une réforme de l'assurance maladie.

1.2.1.1. Une articulation AMO-AMC

Pour le CEA, les solutions aux problèmes des « Etats providence » en Europe passent par l'établissement de partenariats public-privé (comme en Espagne où des assureurs gèrent des hôpitaux, aux Pays Bas où, en 2006, la distinction entre assureurs publics et privés disparaîtra). Cependant, ces partenariats ne peuvent réussir, selon les assureurs, que dans la mesure où « la nature » de chaque acteur est respectée.

²⁵⁸ François Ewald, *L'Etat providence*, Editions Grasset & Fasquelle, Paris, 1986, p177.

²⁵⁹ Le CEA regroupe 30 organisations membres dont la FFSA. 25 de ces organisations sont celles des assureurs de chaque pays d'Europe et les 5 autres représentent l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège, la Suisse et la Turquie. Son président est Gérard de la Martinière qui est aussi celui de la FFSA et 50% de son personnel est basé en France, les 50% restants étant à Bruxelles.

²⁶⁰ Par exemple l'APS « Assureurs, prévention, santé » (qui existe depuis 1982) a lancé une campagne contre l'obésité en 2004. *Assurer n°19*, 14 janvier 2004

Ainsi « *l'assurance a un rôle naturel à jouer dans une société changeante, et l'expérience a démontré l'absence de tension entre les systèmes publics et l'assurance marchande* ». ²⁶¹ La vocation des assureurs n'est pas de se substituer aux protections de base qu'ils ne pourraient remplacer qu'imparfaitement. Mais inversement les pouvoirs publics ne doivent pas interférer avec le jeu des assureurs parce qu'ils ne comprennent ou ne respectent pas leur fonctionnement.

La FFSA défend en France le même point de vue. Ainsi la fédération des assurances considère le partenariat comme une obligation, mais à condition que l'AMC soit considérée comme un partenaire à part entière. En effet la complémentaire santé étant devenue indispensable aux patients pour être correctement couverts en France, la FFSA estime qu'elle fait partie des impératifs de santé publique et de solidarité nationale. Elle propose à cet égard une réforme du système d'assurance maladie imbriquant 3 types de couverture :

- Une couverture relevant uniquement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les soins concernant la solidarité nationale, sans d'ailleurs donner une définition précise des soins relevant de cette solidarité ;
- Une couverture mixte sur certains soins et pour laquelle on aurait déterminé à l'avance la part respective des deux partenaires (mais qui ne serait pas, comme dans le rapport Chadelat, de l'ordre d'un panier de soins minimum dans une couverture médicale généralisée) ;
- Une couverture complémentaire au premier euro des soins pour lesquels les assureurs ont déjà fait leurs preuves.

Pour les assureurs, on arrive alors à un assemblage entre une AMO relevant de la solidarité nationale ²⁶² (donc prenant sans doute en charge les « pauvres » et les pathologies les plus lourdes ²⁶³) et une protection volontaire pour les autres organisée par les principes marchands.

1.2.1.2. Les vertus de la concurrence

Pour le CEA, l'environnement concurrentiel développerait l'innovation au bénéfice du consommateur. La puissance publique ne doit donc pas, dans cette optique, mettre en place un carcan qui briderait les potentiels de l'assurance en uniformisant le secteur, ou en ne laissant pas le temps de trouver certaines solutions différenciées. « *C'est comme cela qu'on développe de nouveaux services. C'est comme cela que les choses bougent. Si tout est uniformisé ce n'est pas satisfaisant. Donc il faut de la concurrence. Et après il y en a des bons, il y en a des moins bons. Y compris chez les assureurs. Tous les assureurs ne sont pas toujours très bons dans tous les domaines. Ils essaient de faire des choses, et il y a des idées qui finissent par devenir des références sur le marché, il y en a d'autres qui tombent.* [Il donne ensuite un exemple de réussite d'innovation dans les assurances - les plateformes de conseil et de service -, et un exemple moins intéressant - le remboursement des yaourts anti-cholestérol-] *Aujourd'hui on apprend qu'ils arrêtent. Bon est-ce*

²⁶¹ CEA, *Between public and private: Insurance solutions for a changing society*, Juin 2005, p9.

²⁶² Comme le note Bruno Palier cette vision de l'Assurance Maladie comme un des éléments de la solidarité nationale est un phénomène plutôt récent. « *Les deux formes de financement (cotisation sociale et impôts) sont considérés comme reflétant les deux différents principes de solidarité qui coexistent en France : solidarité professionnelle pour les assurances sociales et solidarité nationale pour les prestations non contributives. [...] Pendant longtemps, ce que l'on considérait comme relevant du non contributif était marginal ; mais récemment, avec le remplacement des cotisations maladie salariées par la CSG, le système d'assurance maladie lui-même semble peu à peu rentrer dans le domaine de la solidarité nationale* » ²⁶². Dans cette conception de l'organisation de l'Assurance Maladie, il n'est plus ou peu question de solidarité professionnelle (sauf en ce qui concerne les contrats collectifs). Cette vision nouvelle qui est le plus souvent justifiée par la transformation de la nature des prestations de l'assurance maladie (dont la part des indemnités remplaçant un revenu a très largement baissé), induit une modification profonde des rapports au sein de l'assurance maladie, tout d'abord, comme nous le verrons plus loin, en terme de légitimité dans la gestion du dispositif, mais aussi dans la vision d'une organisation et d'une articulation entre AMO et AMC.

²⁶³ Notons à ce propos que si le niveau de remboursement moyen de la Sécurité Sociale n'a pas baissé pendant ces dernières années, alors que pour la plupart des ménages une diminution de la protection de base se fait sentir, c'est bien du fait de l'augmentation des prises en charge à 100% pour les affections de longue durée.

que c'est grave ? La réponse est non c'est pas grave c'est même plutôt bien qu'il y ait des gens qui essaient d'innover. Et après quelque part, il y a des espèces d'ayatollahs qui disent « c'est pas bien ce que vous faites. » Mais laissez faire ! Laissez faire ! Ce qui est bien finira par devenir un standard sur le marché, et ce qui est pas bien disparaîtra. (...) Mais sous prétexte de tout condamner a priori on ne ferait plus rien ! Or il y a des choses qui vont se développer et qui seront des standards, mais y'en a d'autres effectivement qui ne le deviendront pas. »²⁶⁴

Les assureurs sont toutefois favorables à une aide à l'accès à la protection complémentaire pour « les plus démunis ». Par contre, pour le reste de la population, l'Etat ne doit pas intervenir dans la gestion des assureurs et la FFSA est opposée à une vision trop stricte de la régulation des complémentaires. On peut ainsi expliquer sa position concernant les dépassements autorisés hors parcours lors des discussions autour des contrats responsables²⁶⁵. Une fois l'administration des assureurs autonomisée et l'accès des pauvres au système garanti, rien ne doit plus interférer avec le marché hormis des arguments scientifiques. C'est pourquoi les assureurs accepteraient la surveillance d'une haute autorité de santé qui donnerait des éléments sur les soins à réaliser pour chaque pathologie. Mais au delà l'organisme assureur doit être libre de déterminer les soins préventifs et curatifs à rembourser, et le patient de choisir la protection individuelle qui lui correspond le mieux. « Par rapport à ce que vous évoquiez, notre point de vue est qu'il faut une certaine coordination entre assurance maladie obligatoire et complémentaire. Et donc tout ce qui a été développé jusqu'à présent dans le cahier des charges des contrats responsables est convenable de ce point de vue là. La vraie difficulté pour nous est qu'il ne faudrait pas que ça aboutisse à une uniformisation de l'offre des complémentaires. C'est-à-dire que si on cherche à faire en sorte que tous les contrats soient pareils, là on sera farouchement contre parce que les besoins, les solutions proposées sont différents. Euh si j'ajoute à cela que tout le monde n'a pas la même capacité contributive, c'est-à-dire que tout le monde ne peut pas payer le même prix, on a fait le tour du problème. Donc il faut qu'on puisse avoir des offres diversifiées et que la concurrence puisse s'exercer sur les garanties, sur les services et sur les prix »²⁶⁶.

Les assureurs ne sont dans les faits pas contre toute forme d'encadrement du marché de l'AMC, et pour certains acteurs de la protection complémentaire, leur position a sensiblement évolué depuis une dizaine d'années, en particulier sous la pression de l'augmentation constante des dépenses de santé. Ils sont en outre de plus en plus favorables à une régulation de l'offre de soins, qu'ils se proposent d'ailleurs d'effectuer en partie. Mais, ces règles ne doivent pas se transformer en "carcan" : « si on coordonne, jusqu'à présent c'est resté à ce stade là, y'a pas de problèmes particuliers. Par contre si on cherche à uniformiser, à faire en sorte que tous les Français aient la même assurance complémentaire je dirais on comprend plus. C'est complètement contreproductif. Dans ce cas là pourquoi pas faire la Sécu ? Où tout le monde a cotisé de la même façon pour avoir les mêmes garanties. Bon, comme ce système là a quand même montré ses limites : il faut rester dans un domaine de liberté au niveau des complémentaires et que des offres diversifiées puissent se développer, et que les meilleures gagnent ». Dans le cas où des règles sont définies, les assureurs insistent donc sur leur respect par l'ensemble des concurrents pour éviter les distorsions de concurrence : « Bon il y a des règles qui s'imposeront. Ce qui est bien c'est que ça s'impose à tout le monde. C'est-à-dire qu'on soit dans un dispositif commun quelle que soit la nature juridique des organismes (...). Nous c'est notre combat depuis de nombreuses années : les mêmes règles pour tous »²⁶⁷. Notons, à cet égard, que les assureurs trouvent des alliés de choix à Bruxelles. En 2001, la Commission leur a en effet donné gain de cause concernant l'exonération de la taxe sur les

²⁶⁴ Entretien avec un assureur.

²⁶⁵ Les contrats dits responsables sont une innovation de la loi de 2004. La conformation à certaines règles, visant à améliorer la coordination entre AMO et AMC, devient une condition pour les assurances, les mutuelles et les IP de l'exonération de la taxe sur les contrats d'assurance. Nous les étudierons plus bas.

²⁶⁶ Entretien avec un assureur.

²⁶⁷ Entretien avec un assureur

conventions d'assurance dont bénéficiaient les mutuelles et les IP de par leur statut particulier, ainsi que nous l'avons déjà signalé.

1.2.1.3. Permettre une véritable gestion des risques

Pour le CEA, les assurances ont un avantage de poids dans la couverture des risques : leur excellence technique du fait de leur maîtrise des techniques actuarielles (sachant que l'assurance passe obligatoirement par une mutualisation des risques)²⁶⁸. Certains risques ne sont peut-être pas assurables de manière privée²⁶⁹ mais, parmi d'autres règles²⁷⁰, « l'observation des principes de tarification juste et objective selon le risque garantit un service de qualité au consommateur »²⁷¹. Cette excellence technique dans un cadre concurrentiel permet selon les assureurs de proposer les produits les plus adaptés aux besoins des assurés.

A ce titre, la FFSA réclame la possibilité pour les assureurs de réaliser une véritable gestion du risque en ayant accès aux données de santé de l'AMO : les assureurs doivent pouvoir exercer leurs compétences pour que leur efficacité soit optimale. Or, mis à part pour les risques dont ils sont les assureurs principaux, ils ne reçoivent que peu de données de l'AMO. L'accès aux informations passe par les codes « sécu » qui sont beaucoup trop larges pour en tirer des conséquences en matière de gestion du risque. Les anciens bordereaux de remboursement de la Sécu, qui ont en grande partie disparus avec la coopération entre AMO et AMC dans le GIE Sesam-Vitale mais dont les principes restent en vigueur, nous renseignent sur ce point. On y trouve une dénomination générique de l'acte, suivi du code de l'acte, et de son coefficient²⁷². Le caractère sommaire de l'information fournie, rend impossible le fait de choisir dans les actes d'une catégorie ceux que l'assureur souhaite rembourser et les autres : les complémentaires-santé sont des « payeurs aveugles ». Lors du passage de certains médicaments à service médical rendu insuffisant de 35 à 15% de remboursement « Sécu », les organismes d'AMC ne pouvaient différencier les prescriptions. La seule décision possible pour eux était alors de compléter ou pas le remboursement « Sécu », et à quelle hauteur. Il est vrai que dans ces conditions le calcul actuariel est rendu très difficile. Les assureurs font dès lors valoir l'opportunité pour l'ensemble de la société d'une meilleure gestion du risque de leur part²⁷³. Ainsi, lors des débats concernant le rapport Babusiaux²⁷⁴ relatif à l'accès des complémentaires aux données de feuilles de soins, ils étaient en particulier favorables à une transmission directe des données de l'assuré vers l'assureur sur la base du volontariat. Cette transmission permettrait, selon

²⁶⁸ Les assureurs mettent à cet égard leur expérience de gestion des régimes des travailleurs indépendants qui prouverait leur compétence technique.

²⁶⁹ En ce qui concerne la santé, l'assurance protection civile des médecins français pose de nombreux problèmes actuellement. Car de fait certains médecins et cliniques ne sont plus assurables. Une des discussions entre l'Etat et les assureurs les plus suivies par le journal de la FFSA en ce moment vise à régler ce problème

²⁷⁰ Comme les règles « préventives » de bonus-malus.

²⁷¹ CEA, Juin 2005, p13

²⁷² Le bordereau de remboursement pourrait ressembler à l'exemple qui suit :

Dates	Nature des prestations	Montant dépensé	Base du remboursement	Taux	Montant payé
	Pour M. Dupont né le 30.07.1955 Maladie. Ref*****				
9.06.2006	Acte non remboursé (OHN0.0) ACTE DE BIOLOGIE (B 64.00) Participation forfaitaire à retenir (PFR)	0.85 17.28	17.28	60%	10.37 -1.00

²⁷³ Ces plaintes concernant le faible accès des organismes complémentaires aux données de santé est une constante chez tous les types d'opérateurs. Mais à partir de ce constat commun, tous ne demandent pas l'accès aux données de la même manière.

²⁷⁴ Christian Babusiaux, *L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques*, Juin 2003.

la FFSA, d'élaborer une protection plus adaptée aux besoins de la population, au service médical rendu, et aussi au degré d'atteinte des patients (ils pourraient moduler les remboursements des lunettes par rapport au degré du défaut de vision par exemple²⁷⁵). Les revendications des assureurs vont alors dans le sens d'une individualisation des contrats selon les besoins de leurs clients. La vision qu'ils proposent ici convient donc davantage aux contrats individuels. Pour autant, il ne faut pas oublier que ces types de contrats représentent uniquement 50% du marché de la complémentaire maladie.

Face au risque de sélection des risques pour l'assurance santé, les assureurs arguent que les données de santé leur seraient bien plus utiles pour sélectionner l'offre de soins que pour sélectionner la demande de soins. C'est en tout cas le point de vue de Gilles Johanet²⁷⁶ :

« *Q : Est-ce qu'il n'y a pas un risque de sélection à partir de ce genre de données ?*

R : Si bien entendu que si. Si y'a un risque il ne faut surtout pas le nier. Alors deux choses : primo ce risque est quand même très encadré par la loi. Bon les collectifs vous ne pouvez pas sélectionner les patients. (...) Là c'est parfaitement clair. L'individuel, il y a la loi Evin. Et puis je vais vous dire y'a bien plus que la loi Evin c'est que sélectionner les patients c'est hasardeux en terme de marketing, c'est coûteux en terme de gestion. Le business model de l'assurance complémentaire enfin je me suis battu pendant des années pour que ce soit le business model des assureurs obligatoires, mais je me suis cassé le nez. Bon alors maintenant je dis, le business model des assureurs complémentaires c'est pas de sélectionner la demande, c'est de sélectionner l'offre. C'est pas vrai que l'offre de soins est de même qualité partout c'est complètement faux. On le sait. Bon, donc. Et voyez même j'ai fait faire plusieurs sondages ici l'assuré ne nous fait pas confiance. Je comprends ça ne me choque pas et puis d'ailleurs j'en ai pas besoin. Simplement je vais lui fournir les données, voilà. Vous savez les hystérectomies en Bretagne, voilà les résultats de tous les établissements... Vous pouvez aller dans l'établissement où il y en a 30% d'infondées, c'est embêtant pour une hystérectomie, et puis 10% de décès. Bon et puis y'a 60% ça se passe à peu près convenablement. Cet autre établissement c'est 99% de cas où ça se passera [bien]. Bon, vous avez tout à fait le droit de prendre le mauvais établissement, c'est votre droit c'est dans la déclaration des droits de l'homme, et même que je vous rembourserai. D'accord. (...) Autrement vous avez le droit aussi de prendre le meilleur des établissements. Y'a même pas besoin de dire qu'on ne rembourse pas, c'est même pas la peine. La maîtrise médicalisée c'est aussi ça ! »

C'est ce manque de transparence dans le système qui est dénoncé par les assureurs, pour lesquels les données de santé devraient être davantage accessibles, afin que les assurés puissent être orientés vers les meilleures pratiques. L'opacité du système créerait des discriminations entre les patients et les assureurs pourraient contribuer à leur réduction en les orientant. Cette idée est d'ailleurs cohérente avec leur conception d'une régulation marchande du système.

Les assureurs ont construit une vision cohérente de ce que pourrait être le système de santé en France et en Europe. C'est sur la liberté de marché qu'ils ont appuyé ce système pour ce qui concerne les complémentaires même s'ils acceptent tout de même certaines régulations apportées par l'Etat au marché, ce qui s'est vu lors des débats concernant les contrats responsables.

Ainsi, en juin 2004, la FFSA a été plutôt favorable au projet de loi proposé par le gouvernement (dont nous expliquerons les enjeux dans la seconde partie). Mais cette réforme fut également l'occasion de réaffirmer ces conceptions en matière d'organisation de l'AMC. Ainsi les assureurs regrettent que le partage des données de soins ne soit pas davantage promu dans ce projet. Elle a également fait part de ses craintes concernant une uniformisation possible des différents types de complémentaires. C'est une position qu'elle tiendra pendant tout le processus concernant les contrats responsables : « *L'AMO couvre, pour l'essentiel, toutes les utilités médicales « majeures ».*

²⁷⁵ FFSA, *Assurer* n°28, 19 mai 2004.

²⁷⁶ Ancien directeur de la CNAM, aujourd'hui responsable de la branche santé des AGF. Il est membre du bureau de l'UNOCAM.

Elle ne peut pas, du fait de la limitation de ses ressources, couvrir toutes les utilités médicales « secondes », reconnues comme telles par la communauté médicale et scientifique. Interdire à l'AMC de les prendre en charge conduirait à une uniformisation de l'AMO et de l'AMC, alors que les besoins des assurés sont divers. Le rôle de l'AMC est de les satisfaire le mieux possible. Il faut lui en laisser la possibilité et ne pas tenter d'uniformiser le niveau des garanties dans le cadre des discussions qui auront lieu pour établir le cahier des charges des contrats dits « responsables » »²⁷⁷. Seul le cadre du marché permettrait donc aux besoins et aux offres adaptées de se rencontrer, et par conséquent il ne faut pas contrarier son fonctionnement. Enfin, les assureurs condamnent l'augmentation de la C3S²⁷⁸ pour les entreprises de 0.03% qui accentue à leurs yeux la distorsion de concurrence entre eux et les organismes à but non lucratif, qui n'y sont pas soumis. Les négociations concernant la fiscalité, si elles ont depuis encore avancé ne sont pas achevées.

1.2.2. La position des Institutions de Prévoyance.

Le CTIP semble avoir une position qui se situe entre celle de la FNMF et celle de la FFSA. Toutefois, les positions du CTIP fait sans doute davantage écho à celle des assureurs, bien que ce qui les motivent ne soit pas de même nature.

1.2.2.1. La liberté de la négociation collective et les vertus du contrat collectif

Un point absolument capital pour le CTIP est la défense de la liberté de négociation collective. Les IP sont opposés à une régulation trop importante de l'Etat qui ne laisserait plus suffisamment de place à l'initiative des partenaires sociaux : *« Le CTIP, pour sa part, a fait valoir son point de vue principalement sous deux angles. Il combat, en premier lieu, l'excès de réglementation dont cette réforme a été l'occasion. Autant il est compréhensible de prévoir un "reste à charge" minimal hors parcours de soins, autant il est contestable d'intervenir dans le choix entre l'étendue et la hauteur des garanties, qui devrait rester le fruit du dialogue entre les employeurs et les salariés. C'est pourquoi le CTIP défendra l'utilité des contrats couvrant seulement les "gros risques" comme l'hospitalisation, dont la disparition est programmée au 1er janvier 2008, selon la Loi de financement de la sécurité sociale 2006. Il plaide, en second lieu, pour que les conditions de la déductibilité sociale et fiscale ne soient pas seulement dictées par les pouvoirs publics, mais puissent également être définies dans le cadre de la négociation collective. Il n'y a aucune raison pour que l'Etat ait le monopole des bonnes idées et les partenaires sociaux sont capables de définir eux-mêmes les critères de responsabilité de leurs contrats. Cette voix a pour l'heure été peu entendue. Elle n'en est pas moins l'alternative pertinente au risque de paralysie du dialogue qui s'exerce dans les entreprises auquel conduirait une réglementation toujours plus foisonnante des contrats de complémentaires santé »²⁷⁹.*

Pour le CTIP, une réglementation trop lourde inciterait davantage à un marché parallèle de contrats non responsables qu'à une régulation efficace des dépenses de santé. La responsabilisation en jeu est ici celle des partenaires sociaux et pas uniquement des patients. Il faut noter que le marché sur lequel se trouvent les IP n'est pas celui de la protection individuelle. Le HCAAM²⁸⁰ estime en effet que les 18% de contrats individuels que gèrent les IP ne sont que la continuation de contrats collectifs dans le cadre de la loi Evin, c'est-à-dire des contrats d'anciens salariés de l'entreprise qui sont retraités ou sans emploi. Donc, un des enjeux est aussi de préserver un des lieux de la négociation collective, sans que celle-ci soit prédéterminée par les décisions de l'Etat. Les IP refusent de concevoir l'Etat comme le dépositaire de l'intérêt général : il n'a pas le « monopole des

²⁷⁷ FFSA, *Assurer n°31*, 29 juin 2004.

²⁷⁸ Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés.

²⁷⁹ CTIP, *Lettre de la prévoyance collective*, Janvier 2006.

²⁸⁰ HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie), *Note sur les couvertures complémentaires*, 24 Février 2005.

bonnes idées ». Il n'est alors pas sain de le laisser brider les initiatives de la négociation collective. Il est bien question de solidarité professionnelle mais plus dans le cadre de l'AMO. C'est la liberté des IP, qui en sont eux aussi dépositaires, qui est en jeu si on leur impose une régulation qui n'est pas suffisamment souple.

Le cadre collectif de la protection est également défendu pour son caractère responsable : « *le cadre collectif est le plus efficace pour une pédagogie amenant chacun à un recours raisonné aux soins et biens médicaux. En effet, il rend rapidement possible la mesure des effets du comportement des participants sur les dépenses à travers un suivi régulier du contrat, géré en toute transparence* »²⁸¹. Cette responsabilisation accrue, s'exercerait d'ailleurs d'autant mieux que les risques pour lesquels le comportement individuel a le plus d'impact sont l'optique et le dentaire²⁸², domaines pour lesquels les couvertures complémentaires sont primordiales. Cette présence vertueuse des contrats collectifs justifierait dès lors un approfondissement de l'aide publique en leur direction et donc le maintien des exonérations fiscales et sociales dont ils sont l'objet. Or, il faut noter que l'HCAAM a tout de même mis en cause le caractère contreproductif des complémentaires haut de gamme²⁸³ (très souvent collectives) pour la régulation générale des dépenses de santé. Depuis ce plaidoyer du CTIP pour la prévoyance collective, le Haut Conseil est même allé jusqu'à s'interroger sur la pertinence de ces aides publiques, si elles servaient à solvabiliser les dépassements d'honoraires et les augmentations de tarif. Cependant, les IP font valoir le fait que ces exonérations sont la condition nécessaire à l'implication des entreprises dans la protection sociale complémentaire de leurs salariés. D'autre part, ils estiment que les complémentaires ne peuvent être tenues pour responsables d'une augmentation des dépassements qui tient davantage à un manque de régulation de l'Etat, et au comportement de certains médecins n'appliquant plus le « tact et mesure » dans la détermination de leurs honoraires.

Les représentants des IP semblent *in fine* assez proches de la position des assureurs concernant la liberté qui doit être laissée aux complémentaires : si la liberté revendiquée est celle de la négociation collective et non le libre exercice marchand, il s'agit tout de même d'un appel commun à une liberté de l'offre de couverture santé complémentaire. Ainsi, le CTIP et la FFSA se rejoignent dans leur refus d'une réglementation trop lourde, qui pourrait de plus pousser les entreprises à s'assurer auprès d'organismes étrangers exerçant dans le cadre de la libre prestation de service communautaire. Cette liberté aurait également, pour certains, une action positive sur les dépenses de santé, car face à l'augmentation des coûts l'offre sera de plus en plus poussée à aller dans le sens d'une modération des dépenses de santé.

1.2.2.2. Un accès plus large aux données de soins mais à usage limité au rôle de remboursement

Sur la question des données de soins, les IP revendiquent, comme la FFSA mais aussi la FNMF, un accès plus large aux données afin de pouvoir choisir précisément les soins qu'elles remboursent ou non. Les IP revendiquent d'avoir accès à un panel plus important de codes désignant les actes (26 au lieu de 15). Le CTIP est toutefois bien plus mesuré que quant à l'usage qu'il faudrait en faire. En effet, les représentants des IP sont, d'une manière générale, plus réservés que les mutuelles, mais aussi que les assureurs, sur le rôle que les complémentaires devraient jouer dans le système de santé. D'une part, ils considèrent que ça n'est pas à eux d'intervenir sur les questions sanitaires. Ainsi les projets des assureurs que nous avons évoqués concernant l'augmentation de la

²⁸¹ CTIP, *La lettre de la prévoyance collective*, n°41, avril 2004.

²⁸² En effet, les patients ne réalisent de « vrais choix » que pour les premières consultations qu'ils effectuent, et pour des soins qui leur paraissent plus secondaires et pour lesquelles les devis peuvent varier assez considérablement (selon que l'on choisit une prothèse dentaire en céramique ou en métal, une prothèse totale ou des implants, par exemple). Une fois la première consultation effectuée, ils entrent dans le circuit que leur désigne le médecin.

²⁸³ HCCAM, *Avis lié à la note du 24 Février 2005*.

transparence sur le marché des soins ne sont pas du rôle des complémentaires à leur avis. D'autre part, les représentants des IP sont sceptiques par rapport aux projets de la FNMF de réorganisation du champ et de régulation forte par les complémentaires elles-mêmes, en partenariat avec l'AMO (voir plus bas).

En résumé le CTIP semble plus prudent que les fédérations des autres opérateurs quant à l'action que les complémentaires pourraient ou devraient avoir sur le secteur de la santé. Cependant, sur bien des sujets, il paraît que leurs positions se rapprochent davantage de celles de la FFSA que de la FNMF. En effet, leurs revendications de liberté de choix des garanties dans le cadre de la négociation professionnelle, ainsi que leur acceptation non seulement des contraintes, mais aussi parfois du rôle vertueux du marché dans la régulation du système, sont finalement très semblables à des positions que l'on peut trouver chez les assureurs.

1.2.3. La position des mutuelles.

Par rapport à ses deux concurrents, la Mutualité Française a développé une conception originale du rôle des complémentaires, laissant moins de place à la régulation marchande, et leur donnant un rôle d'acteurs de santé en plus de celui d'assureurs.

1.2.3.1. Du « couple vertueux » au « ménage à trois »

Pour les mutuelles, comme nous l'avons vu plus haut, la relation avec les régimes obligatoires a été longue et tumultueuse. Suite aux ordonnances de 1945, la FNMF a commencé par s'opposer à l'extension de la couverture obligatoire. Puis, alors que ses équipes dirigeantes s'étaient progressivement modifiées, notamment pour faire place de plus en plus à des fonctionnaires, elle s'est engagée dans un partenariat d'une autre nature avec les organismes obligatoires. En effet, il ne s'agissait plus de mettre en cause l'existence de la Sécurité sociale²⁸⁴, mais bien au contraire de pouvoir agir sur ses transformations. Le champ de l'assurance maladie était finalement complètement structuré par ce nouvel acteur qu'était la Sécurité sociale, et les mutuelles devaient donc tenir compte de ses évolutions pour décider de leurs propres interventions. Une fois leur place stabilisée aux côtés de la nouvelle organisation, tout recul de la protection obligatoire les contraignait à revoir leur couverture ou à augmenter leurs cotisations.

Comme la mutualité était l'acteur hégémonique de la complémentaire santé à l'époque, ses décisions semblaient avoir du poids dans la mesure où ses refus de couvrir certaines dépenses limitaient la solvabilité de la clientèle. Ses protestations, parfois aux côtés des syndicats gestionnaires du régime obligatoire, firent reculer le gouvernement sur diverses réformes²⁸⁵. La Mutualité et la « Sécu » créaient alors « un couple vertueux » et solidaire pour la couverture santé, bien que ce couple ne fut jamais formalisé. Si les mutuelles choisissaient de ne pas compenser les remboursements de l'assurance obligatoire, ceux-ci devenaient plus difficiles à assumer politiquement pour les gestionnaires du régime.

Les mutuelles restaient cependant ce qu'on appelle aujourd'hui des « payeurs aveugles » par rapport aux décisions de l'AMO. Et, si elles avaient une certaine influence, elles étaient tout de même dépendantes des variations du régime obligatoire. Par contre elles gardaient jalousement leur liberté

²⁸⁴ Dans l'idée de retrouver une protection de type libéral alliant assurances obligatoires pour les travailleurs les plus pauvres, et protection volontaire pour les autres.

²⁸⁵ Toutefois, les mouvements syndical et mutualiste échouèrent à empêcher la promulgation des ordonnances Jeanneney de 1967 qui allaient réformer en profondeur l'organisation institutionnelle du régime général, les règles de la délibération politique au sein de l'institution, en instaurant le paritarisme numérique et en supprimant les élections sociales²⁸⁵ et, de manière plus conjoncturelle, réduire les prestations et augmenter les contributions.

de remboursement en s'opposant avec succès aux dispositifs du type de ticket modérateur d'ordre public²⁸⁶, qui ont finalement été mis en œuvre par la loi de 2004.

A partir des années 1980, la mise en place d'un marché de la complémentaire santé a détruit les espoirs de régulation coordonnée et implicite de la Mutualité. Pour René Teulade, « *on est passés du couple vertueux au ménage à trois* ». Les mutuelles se trouvèrent devant le choix de refuser les reculs de la Sécu et donc ne pas rembourser les dépassements d'honoraires, au risque de se faire subtiliser une partie de la clientèle par la concurrence, ou d'augmenter les cotisations et renoncer au rôle de régulateur, tout en excluant de fait les assurés les plus modestes au mépris de ses valeurs solidaires et de ce qui fait sa puissance : le nombre. D'ailleurs au-delà même du partenariat, les pratiques des assurances qui visaient à sélectionner la clientèle par rapport à son risque et à favoriser les personnes aux risques faibles, pouvaient exposer la mutualité à la sélection adverse²⁸⁷. La succession des lois instituant peu à peu le marché de la protection santé complémentaire a profondément bouleversé le secteur mutualiste, en particulier par un mouvement très important de concentration (en particulier lors de la transposition des directives assurance dans le droit français). Dans le même temps on a assisté à une transformation de l'exercice des mutuelles. Par ailleurs, il faut noter à nouveau que le cadre qui est induit plus spécifiquement par les directives n'a pas été conçu pour des organismes mutualistes. En effet, comme le signale Danièle Demoustier²⁸⁸, il est difficile de penser l'économie sociale pour les autorités européennes. Ainsi, en 1999, les coopératives et les mutuelles ont été intégrées à la DG entreprise dans la direction « *promotion de l'entreprenariat et des PME* ».

Cependant, les mutualistes ont essayé de trouver des solutions pour concilier leur conception particulière de leur rôle social avec les transformations de leur environnement.

1.2.3.2. A la recherche d'une régulation européenne

Une première piste explorée a été de réfléchir à des solutions de régulation au niveau communautaire.

Certains tentent d'abord de s'approprier les arguments mêmes des discours concurrentiels en promouvant la spécialité du risque maladie²⁸⁹, l'adossement de l'activité santé sur d'autres activités d'assurance entraînant à leur yeux une distorsion de concurrence sur le champ de la santé. On pourrait dès lors reconnaître le caractère particulier du secteur de la santé, et durcir encore plus le principe de spécialité. Isoler le risque santé reviendrait ensuite à pouvoir imposer des critères plus solidaires et à diminuer les exigences prudentielles.

²⁸⁶ Si le ticket modérateur vise à responsabiliser l'assuré en lui faisant supporter une partie du coût de la dépense santé. Il peut toutefois être remboursé par sa couverture complémentaire, au contraire du ticket d'ordre public dont le poids doit forcément peser directement sur les ménages. Dans tous les cas l'efficacité de ce type de dispositif est douteuse puisque les dépenses qui augmentent le plus actuellement sont précisément celles pour lesquelles le ticket modérateur est le plus élevé, et le fait que des personnes renoncent aux soins pour des raisons pécuniaires aurait plutôt tendance à augmenter les dépenses *in fine*, car la consultation tardive entraîne le plus souvent des soins plus coûteux.

²⁸⁷ La sélection adverse est le phénomène qui fait que l'un des opérateurs se retrouve plutôt avec les mauvais risques. Il est alors obligé d'augmenter ses cotisations pour couvrir sa population et fait ainsi fuir encore plus les risques les plus faibles qui lui restent.

²⁸⁸ Danièle Demoustier, *L'économie sociale et solidaire*, La Découverte, Paris, 2003

²⁸⁹ Qui nécessiterait davantage de précautions d'ordre éthique dans sa gestion.

A côté de cette idée spécifiant le risque santé en lui-même, la mutualité a revendiqué la définition d'un statut pour les mutuelles ou, plus largement les complémentaires santé, au niveau européen et non plus national, afin d'aménager leurs conditions d'exercice. La Mutualité a donc promu la rédaction d'une directive spécifique aux mutuelles (cf. encadré). Ce projet est venu plusieurs fois sur l'agenda communautaire sans jamais aboutir²⁹⁰. Cette absence de résultats concernant la directive mutualité aurait finalement convaincu les dirigeants de la FNMF de demander l'entrée des mutuelles dans le cadre des directives assurance.

Parallèlement au projet de directive, qui semble n'être plus qu'une lointaine perspective, la Mutualité milite pour rentrer dans le cadre des services d'intérêt général (ce qui combinerait les approches sur le statut et celles sur la santé). Ce projet paraît *a priori* plus simple à mettre en œuvre au niveau européen. En effet, le projet de directive se heurte tout de même à l'hétérogénéité des structures d'économie sociale entre les pays membres dont les types d'intervention et le poids dans le champ sanitaire sont très variables selon les pays²⁹¹. A cet égard, la notion de service économique

d'intérêt général (SEIG) a l'avantage d'être transversal. De plus, la notion d'intérêt général est déjà reconnue dans le cadre européen, permet de déroger aux règles du droit de la concurrence, et de plus est définie au niveau des Etats, même si cela reste sous le contrôle de l'Union²⁹².

Pour rentrer dans le cadre des SEIG, il faut que soit explicitement reconnu le fait que les mutuelles s'occupent de missions d'intérêt général et qu'ils jouissent d'un droit d'initiative en la matière. Le rapport du Parlement européen de 2000 déjà mentionné²⁹³ avait déjà attiré l'attention sur le désengagement de l'Etat en matière de prise en charge des prestations de protection sociale et l'augmentation croissante du financement privé, confortant l'idée que le secteur complémentaire

Le projet de statut européen de la mutualité

Principe

La mutualité française revendique la reconnaissance des spécificités des mutuelles et de leur contribution à la citoyenneté et la cohésion sociale. Elle souhaite que leur rôle soit inscrit dans les traités européens à travers un statut spécifique. Pour cela, les mutuelles s'appuient sur 2 arguments :

- Les Traités reconnaissent des activités d'intérêt général qui ne se confondent pas avec le service public ;
- Un arrêt de la Cour de Justice stipule aussi que dans certains cas les pouvoirs publics peuvent privilégier une organisation sans but lucratif face à la concurrence d'une société lucrative.

Enjeux du statut

Le statut de la mutualité européenne constituerait un atout fondamental pour la mutualité. La mise en place d'un instrument juridique adapté permettrait aux mutuelles de :

- développer des activités au niveau européen. Aujourd'hui, elles utilisent des instruments insatisfaisants comme le GEIE ou la création de filiales ;
- favoriser la collaboration, le rapprochement ou la fusion entre mutuelles de divers Etats membres ;
- Faciliter la création de mutuelles européennes ;
- Autoriser des mécanismes de soutien aux mutuelles valorisant leur valeur et leur rôle.

²⁹⁰ En 1992, la Commission propose 3 statuts pour les coopératives, les associations et les mutuelles afin de les doter d'un instrument juridique européen adapté, mais ces travaux sont gelés en 1996 suite à des divergences importantes entre les Etats concernant le statut de la société européenne également en discussion. En 2000, un nouveau compromis permet la reprise des négociations lors du sommet de Nice. Si le statut de société européenne est adopté en 2001 et celui de société coopérative européenne en 2003, la Commission européenne a décidé en 2006 de retirer de l'agenda la proposition de règlement portant sur le statut de la mutualité européenne.

²⁹¹ il n'existerait pas de mutuelles dans les pays de l'Est

²⁹² « *Quelle est la philosophie du traité par rapport aux services d'intérêt général? (...). Le traité et la Cour disent : « les États-membres ont la pleine liberté de définir les objectifs d'intérêt général qu'ils assignent aux services qualifiés pour remplir une mission ». Ils ont la pleine liberté pour définir les principes d'organisation. En revanche, lorsqu'il s'agit des modalités d'application de ces principes, alors il y a obligation de vérification de la transparence, de la proportionnalité et de la non-discrimination. Une liberté n'est donc pas du tout totale mais elle est complète pour la définition des objectifs et des missions, pour la définition des principes. Ensuite, cela se complique pour la définition des modalités d'organisation.* » Jérôme Vignon, directeur à la DG emploi et affaires sociales, « Communication sur les SSIG » *Droits fondamentaux, protection sociale et intégration européenne : Quel cadre communautaire pour les services sociaux d'intérêt général ?* Actes de la conférence des acteurs de services sociaux d'intérêt général 30 mai 2006.

²⁹³ *Rapport d'initiative de Michel Rocard sur l'assurance maladie complémentaire, novembre 2000, A5-0266/2000*

serait un élément indispensable à une bonne protection santé. Si cette interprétation était retenue, les mutuelles bénéficieraient d'un statut leur permettant d'atténuer les effets de la marchandisation de la complémentaire maladie.

En dernier lieu, notons le projet de reconnaissance de services sociaux d'intérêt général (SSIG), lancé au niveau de la Commission européenne²⁹⁴ dans lesquels les mutuelles pourraient se voir reconnus. Toutefois ces discussions échappent à la Mutualité, qui ne peut qu'exercer une activité de lobbying et attendre de rentrer dans le cadre d'une législation communautaire plus adaptée à sa vocation. La FNMF participe d'ailleurs, avec d'autres mutuelles, au collectif SSIG, visant à promouvoir la reconnaissance de ces services en Europe. Selon ce collectif, cette question oppose la DG emploi et affaires sociales à la DG marché intérieur, cette dernière souhaitant une pleine application du droit commun aux services. La question n'est pas encore réglée à ce jour.

1.2.3.3. Une régulation nationale de l'AMC...

La seconde piste exploitée pour tenter de lier les considérations solidaires de la mutualité avec le renforcement de la concurrence dans l'AMC, est celle de la régulation nationale du secteur dans le respect des règles européennes, et la création de ce que nous appellerons un « nouveau partenariat » entre mutuelles et assurance maladie. Cette régulation existe déjà au moins depuis la loi Evin qui conditionne les exonérations (sociales pour les entreprises et fiscales pour les salariés) facilitant l'accès à l'assurance collective, au respect de certaines règles. Ces dispositions maintiennent une forme d'éthique pour ce genre de protection, malgré la concurrence entre les trois acteurs du champ. Ce fonctionnement plus contraint des complémentaires permet également de rendre moins pressante la question de l'extension de la protection obligatoire visiblement insuffisante. C'est donc une logique de partenariat que la mutualité cherche à approfondir : une association des complémentaires dans la gestion de la protection maladie, combinée à une régulation plus importante du champ qui limite la concurrence à laquelle elle peut être vulnérable. Ainsi, lorsque les assureurs réclamèrent l'égalité fiscale, les mutuelles réussirent, avec l'aide des IP, à faire conditionner les exonérations à des obligations éthiques sur les produits. C'est en effet non plus sur le statut (comme dans la tradition française) mais sur le produit (comme dans la logique communautaire) que le regard se porte aujourd'hui. Et la mutualité tout comme les assurances fait valoir ses compétences en la matière. Mais çà n'est pas l'excellence technique ou l'efficacité compétitive qu'elle va mettre en avant, c'est sa longue expérience dans le champ de la santé à la fois pour la gestion des régimes obligatoires et volontaires, ainsi que ses caractéristiques solidaires.

²⁹⁴ Certaines caractéristiques ont déjà été définies selon Vignon (2006) : « six caractéristiques qui singularisent les services sociaux dans la grande famille des services sociaux d'intérêt économique général, touchent du doigt quelque chose d'extrêmement important pour les acteurs sociaux : on ne peut pas définir les services sociaux d'intérêt général uniquement à travers le produit qu'ils délivrent. Ils ont aussi des caractéristiques d'organisation, leur nature est liée à ce qu'ils font. Or le droit communautaire a du mal dans sa neutralité par rapport au statut. Dans le cas des services sociaux, le statut et l'opération sont liés et, pour nous, c'était ce que devaient dire ces caractéristiques. [...]

- Une première, qu'on nous a reprochée, fait allusion à l'origine ancienne, historique, culturelle de proximité de ces services. C'est une manière de rappeler que parfois ces services sociaux existaient avant l'État voire avant la démocratie. Ils sont donc enracinés dans des traditions locales fortes. Pour nous, c'est une façon d'avoir un considérant, dans une initiative législative ultérieure, qui reconnaît un héritage très ancien à la plupart des États-membres de la Commission européenne à l'égard des services sociaux ;

- Viennent ensuite les cinq critères d'organisation, dont trois sont des critères qui visent l'organisation financière : être basé sur la solidarité, faire appel à des sociétés ou des associations à caractère non lucratif, nécessiter la présence d'un tiers-payant vu la relation singulière entre le prestataire et celui ou celle qui reçoit le service ;

- Enfin, des caractéristiques qui visent la personnalisation des services rendus par les services sociaux : caractère intégré des différents aspects des services rendus à la personne, qui rend difficile l'établissement d'un cahier des charges précis car les besoins évoluent en fonction de la personne ; l'importance prise par les bénévoles dans la prestation elle-même. Ce qui est une façon de dire qu'à travers la prestation de services sociaux s'établit un lien de solidarité, un lien citoyen : on n'est pas seulement dans le marchand, même si on est dans l'économie ».

La mutualité française proposa ainsi une réforme qui permettrait une réelle articulation et coordination entre AMO et AMC solidaire, ainsi qu'un mode de gestion spécifiant bien les responsabilités respectives des acteurs. Arguant toujours de son expérience en matière de santé, elle s'intéresse aussi à l'amélioration de la qualité des soins en proposant des réformes allant au-delà de son champ d'action spécifique (comme la transformation du mode de rémunération des médecins, ou l'organisation des caisses nationales d'assurance maladie). Les propositions de la mutualité ont été regroupées en 25 mesures qui ont été dévoilées en juin 2003, lors du 37ème congrès de la Mutualité française²⁹⁵. L'amélioration du système de santé pourrait alors se faire selon trois axes :

- L'augmentation de la cohérence du système : Avec l'élaboration et la mise en œuvre d'une réelle politique de santé ; une détermination par l'Etat des objectifs de santé selon une planification quinquennale ; la création d'une haute autorité de santé ; la libre détermination par l'AMO et l'AMC de leurs prises en charge respectives ; la création d'un crédit d'impôt quelles que soient les ressources pour faciliter l'accès à une complémentaire solidaire...

- Une responsabilisation des acteurs : Avec la création d'une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), consacrant l'universalité de la protection, et responsable du respect des engagements en terme de dépenses ; la création d'une instance représentative des mutuelles (partenaire de l'UNCAM) et des professions de santé ; la création d'un organisme des données de santé ; et l'attribution d'une mission d'audit aux services médicaux des caisses ;

- Une augmentation de la qualité : en centrant l'offre de soins sur les soins de premiers recours (avec la mise en place de coordinations, la transformation du mode de rémunération des médecins, un dossier médical unique, des re-certification des professionnels) ; en améliorant le recours aux techniques les plus lourdes (graduation de l'offre hospitalière, évaluation) ; en améliorant l'usage des médicaments.

La mutualité française considère les mutuelles non pas uniquement comme des assureurs, mais aussi comme un acteur important du champ sanitaire et social. Nous avons d'ailleurs vu que, si son activité principale est bien la complémentaire santé, elle intervient aussi dans le champ par le biais de ses réalisations sanitaire et sociale. Ses propositions d'interventions dans le champ de la santé, de coordination entre AMO et AMC vont donc plus loin que celle des assureurs et des institutions de prévoyance. En effet, pour les mutualistes les pouvoirs publics ne peuvent se contenter de gérer l'AMO mais doivent bien prendre en compte l'AMC qui est, elle aussi, une composante indispensable de l'accès aux soins. Pourtant, selon Etienne Caniard, indépendamment de la CMUC, les seules aides proposées pour faciliter l'achat d'une complémentaire santé sont destinées à la prévoyance rattachée à une activité professionnelle. Or, « *l'incitation à l'organisation de la couverture complémentaire sur une base professionnelle, si elle est certainement un moteur important pour le développement de la négociation collective, n'est en aucun cas une réponse appropriée aux difficultés d'accès aux organismes complémentaires d'assurance maladie. La persistance d'un taux de chômage important, la forte mobilité qui caractérise désormais le monde de l'emploi, risque de fragiliser encore une population aux revenus supérieurs au seuil retenu pour la CMU, mais trop faibles pour accéder à une complémentaire permettant une bonne prise en charge des soins primaires (notamment en matière dentaire et optique)* »²⁹⁶. Il faudrait donc que tous les français aient les mêmes avantages quand ils choisissent un contrat solidaire, c'est-à-dire un contrat qui donne un certain nombre de garanties à la collectivité. Pour l'auteur, la question est de savoir si l'on doit laisser les complémentaires dans une stricte logique de marché aux côtés de la sécurité sociale (combiné à une intervention de l'Etat pour les plus démunis avec la CMU) ; ou s'il faut les faire contribuer à la régulation et participer à une mission d'intérêt général (sachant que cette régulation sera certainement plus souple que celle du régime général « *par nature plus contraint* »). La première hypothèse ne pouvant pas être retenue selon lui, alors que la protection

²⁹⁵ Les propositions de la Mutualité Française étaient présentées selon 3 axes (cf. www.25mesures.com)

²⁹⁶ Etienne Caniard, « Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection complémentaire », *Droit social*, N°5, Mai 2003, p519. Etienne Caniard siège aujourd'hui à la Haute Autorité de Santé, mais il a été longtemps le délégué aux questions de santé et de sécurité sociale de la FNMF.

obligatoire est déjà insuffisante dans un contexte de déficit, on en revient à la mise en œuvre d'un nouveau partenariat entre AMO et AMC. Mais l'AMC ne doit alors pas être laissée à ses logiques propres (qu'elles soient marchandes ou issues de la négociation collective), au contraire, elle doit donner les garanties que son action sera vertueuse.

Contrairement aux assurances et aux IP, la mutualité n'a donc pas un discours visant à l'autonomie maximale du secteur. D'ailleurs, nous l'avons vu, l'entrée des mutuelles dans un environnement structuré selon les cadres du marché communautaire leur a posé des problèmes importants en termes de restructuration du mouvement, de constitution de réserves financières ou de sélection adverse. Mais en plus, les mécanismes de la solidarité professionnelle ne sont pas non plus présentés, par les mutualistes, comme étant les plus pertinents pour une gestion globale de l'assurance maladie. Cependant, contrairement aux conceptions des assureurs, l'idée n'est pas de proposer un financement étatique pour les ménages modestes. En effet, le dispositif du crédit d'impôt rentrerait davantage dans le cadre de la mise en place d'une solidarité organisée sur une base citoyenne (mais conservant une part complémentaire). Intégrer les complémentaires dans une démarche d'intérêt général, justifiant ainsi une aide publique généralisée, aurait également pour double avantage de faciliter la mise en place de régulations de marché, et de faire entrer encore davantage les mutuelles dans le cadre des SEIG communautaires (ou d'éventuels SSIG).

Au-delà de l'organisation générale du système et de la réforme, la Mutualité a décidé de lancer un dispositif pour ses adhérents : le parcours priorité mutualiste. Il est destiné à améliorer l'orientation des patients dans le système de soins en particulier pour le traitement de certaines pathologies lourdes (le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les addictions mais aussi le problème de la dépendance). Les mutualistes insistent d'ailleurs sur le fait que, comme ils assurent une majorité de Français, ils ne mettent pas en place un dispositif élitiste. Parce que ce projet d'orientation des patients dans le système de soins existe aussi chez les autres opérateurs, comme nous l'avons vu. « *Dépassant leur rôle de «second payeur», les mutuelles prennent de nouvelles responsabilités pour inscrire leurs interventions dans la modernisation du système de santé pour l'accès à des soins de qualité. En participant à sa régulation, elles contribueront à pérenniser le modèle français de protection sociale et à renforcer la solidarité assise sur l'assurance maladie obligatoire. De plus, fortes de 38 millions de personnes protégées, les mutuelles pourront proposer une offre à la majorité des Français et par effet d'entraînement, pousser tout le système de santé à adopter cette démarche de qualité* »²⁹⁷. Nous sommes donc tout à fait dans la logique du renouvellement du partenariat, ou du « couple vertueux » évoqué par René Teulade plus haut. La FNMF cherche à faire de la complémentaire santé un véritable auxiliaire articulé de la protection obligatoire, en régulant les mécanismes marchands à l'œuvre. Elle a en cela un discours original par rapport à la FFSA et au CTIP. En effet, bien que tous les opérateurs souhaitent en finir avec leur place subalterne dans le dispositif, qui les empêche de gérer correctement le risque qu'ils assurent, ni les assureurs ni les IP ne souhaitent particulièrement s'attaquer à l'organisation marchande du système, que ce soit pour les soins ou pour la complémentaire santé.

En dernier lieu, si ce chapitre est consacré à la manière dont les acteurs de l'AMC se positionnent et pèsent les uns par rapport aux autres, ouvrons une incartade sur les rapports entre la Mutualité et l'Etat. On ne peut que constater que la réforme de 2004 semble très inspirée par les 25 propositions de la Mutualité. Certaines parties de la réforme de 2004 ont logiquement été accueillies favorablement par le mouvement mutualiste : la mise en place du médecin traitant, du parcours de soin, des contrats responsables, de l'UNOCAM, et le dossier médical personnel... La loi Douste-Blazy n'est pas pour autant une copie du projet de la FNMF puisque les mutualistes, tout en se félicitant de voir certaines de leurs propositions reprises, émettent quelques réserves sur la faiblesse de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire, ou l'absence de réforme du mode de rémunération

²⁹⁷ FNMF, Extrait de la résolution générale du 38ème congrès de la Mutualité Française, AFIM, N°2815, 12 juin 2006.

des médecins, c'est surtout rejettent des modalités d'application de la réforme. « *Le nouveau dispositif apparaît « d'une effroyable complexité au point d'être illisible pour le public et difficile à mettre en œuvre par les caisses d'assurance maladie et les assureurs complémentaires ».* L'instauration du médecin traitant, dont « *l'idée est simple et bonne* », s'est « *transformée en labyrinthe financier pour le patient, les caisses, les mutuelles, voire les médecins eux-mêmes* », renchérit Daniel Lenoir. Si l'assuré sait désormais qu'il doit passer par son médecin traitant pour être mieux remboursé, il lui est très difficile de se repérer parmi les « *52 tarifs allant de 20 à 60 euros, sans compter les dépassements* », ou encore « *les majorations liées à la consultation de nuit, des jours fériés ou des urgences !* ». Au final, la convention va « *jusqu'à mieux rémunérer dans certains cas l'intervention hors parcours de soins, au risque de tuer dans l'œuf le dispositif* », écrit Daniel Lenoir »²⁹⁸. Ainsi, si l'un des concurrents de la mutualité considère que la réforme de 2004 est « *la réforme de la Mutualité* », elle peut aussi être considérée comme une opposante, (comme l'exprime par exemple un salarié de la CNAM).

D'avantage qu'un organisme d'assurance santé, la Mutualité se veut être un véritable acteur du système sanitaire. Ses propositions de réformes du secteur traduisent ce positionnement. Un approfondissement de ce caractère serait d'ailleurs, selon un ancien cadre de la mutualité, la meilleure manière de préserver la mutualité de la banalisation : « *Pour moi c'est ça l'enjeu de la Mutualité avec toute cette contrainte sur le mouvement mutualiste ; avec tout cet enjeu de savoir si la mutualité livre II*²⁹⁹ *arrivera à créer les ponts, et un travail réel, avec la mutualité livre III*³⁰⁰. *C'est ça l'enjeu : est-ce qu'on sera capables d'innover et d'arriver à ce que le métier de la Mutualité s'élargisse vraiment. Parce que, même si on commence à sentir des prémices, pour l'instant ça à été des choses... on n'a vraiment jamais lié l'un et l'autre. (...) Qu'on ne raconte pas d'histoire on n'a jamais créé un service de santé mutualiste. Et je pense que alors ça mettra du temps, mais les orientations du dernier congrès de la mutualité sur le parcours de soins mutualiste...*³⁰¹ *Et tout ça sera très lourd, faut pas rêver, ça ne se fera pas en huit jours, et ça peut échouer. Mais je pense que c'est une bonne orientation. Je pense que c'est sans doute une des chances de sauver la Mutualité et je pense que la « mut » a là-dessus une avance par rapport aux autres assureurs dont elle peut être fière* ». Les mutualistes devraient ainsi essayer d'approfondir leur logique d'acteur dans le champ sanitaire, un acteur articulé à la protection obligatoire. C'est pourquoi la FNMF semble être la seule à souhaiter la mise en place de régulations plus strictes dans le système : le lien entre AMO et AMC serait plus évident, et cette régulation desserrerait la contrainte marchande s'exerçant sur les mutuelles.

Conclusion

L'assurance maladie complémentaire est depuis les années 1980 en pleine recomposition. La mise en œuvre d'un marché de l'AMC, malgré les régulations politiques qui peuvent lui être appliquées, bouscule les acteurs du champ. L'influence de l'Union Européenne a été déterminante dans ce secteur. Les directives ont modifié les conditions d'exercice des mutuelles et des institutions de prévoyance beaucoup plus rapidement qu'elles ne l'ont fait pour les assurances, qui avaient du s'adapter au droit communautaire depuis les années 1970. Même si l'existence du cadre européen avait déjà influencé l'élaboration des lois nationales avant la transposition de la troisième vague de directives, c'est vraiment cette dernière qui a cristallisé définitivement l'organisation marchande du secteur de la complémentaire santé.

²⁹⁸ FNMF, AFIM, n°2811, 7 juin 2006.

²⁹⁹ Celle qui a une activité d'assurance.

³⁰⁰ Les réalisations sanitaires et sociales.

³⁰¹ Aujourd'hui renommé priorité santé mutualiste.

Ce réagencement du secteur confronte trois acteurs (mutualité, IP, assurances commerciales) aux logiques spécifiques, différentes voire contradictoires ; ce qui pose clairement la question du rôle que ceux-ci peuvent jouer dans la régulation nouvelle du secteur. Si le législateur est le décideur formel, et ce d'autant plus que l'AMO n'a cessé de se réformer dans le sens d'un approfondissement des pouvoirs de l'Etat, les acteurs de l'AMC, dont l'espace et les modalités de l'intervention sont largement dépendants et des configurations de l'AMO, comme de la régulation de l'AMC en elle-même, exercent un rôle de « lobbying » à travers leurs organisations représentatives. Or, depuis la loi de 2004, les diverses fédérations de complémentaires doivent collaborer dans une nouvelle union, qui devra porter les positions de l'AMC. Jusqu'alors, elles s'exprimaient toujours séparément. Nous l'avons vu, assurances, IP et mutuelles ont des intérêts qui se sont mis à converger à mesure de la consolidation d'un marché concurrentiel de la complémentaire santé. Mais ces trois opérateurs portent des points de vue sur la régulation du secteur et leur rôle dans cette régulation qui sont très différents. L'UNOCAM étant le lieu formalisé de l'expression d'un point de vue politique des acteurs de l'AMC sur la régulation de la couverture maladie, cette nouvelle instance semble être le lieu privilégié pour mesurer comment chaque acteur pèse sur l'éventuelle nouvelle « gouvernance » de l'AMC. En d'autres termes comment est-ce que les discours et positions, portés par les organisations représentant les acteurs de l'AMC que nous venons de détailler, vont se traduire en pratique dans l'UNOCAM ?

2. Mise en place et fonctionnement de l'UNOCAM

Contrairement aux délibérations qui ont lieu au sein de l'UNEDIC, les acteurs principaux qui prennent part à la délibération en matière de complémentaire santé ne sont pas ici des partenaires sociaux dont les rapports seraient depuis longtemps identifiés dans l'institution. Or, l'article 55 de la loi d'août 2004 réformant la couverture maladie met justement en place une institution à caractère politique destinée à représenter la voix des entreprises du champ de la complémentaire santé : l'UNOCAM (en modifiant l'article L182-3 du Code de la Sécurité Sociale³⁰²). Les acteurs de la complémentaire santé doivent maintenant produire un discours commun, mais qui permette à chaque type de complémentaire de continuer à exercer selon ses caractéristiques spécifiques. Les organisations du secteur n'avaient pas jusque là de rôle institutionnalisé, formalisé, de délibération politique sur la protection sociale (à l'exception de la mutualité qui siège au CA de la CNAM). Le « dialogue social » ou « dialogue civil » est donc une pratique qui reste pour les organisations représentatives des mutuelles, IP et assurances, à formaliser sinon à inventer.

2.1. Quelle organisation délibérative à l'UNOCAM ?

2.1.1. La formation de l'UNOCAM

La première étape de constitution politique des acteurs est l'organisation en elle-même de l'UNOCAM. La loi ne règle pas la forme de l'union. Celle-ci doit être définie par les différents

³⁰² « Art. L.182-3.- L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire regroupe des représentants des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le présent code, de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Cette union est dotée d'un conseil ». « L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ». « L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé portant sur leur champ respectif. Elles déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque. » Source : Legifrance.

protagonistes, ou à défaut directement par voie réglementaire. La date limite pour présenter un projet d'organisation de l'union au gouvernement était fixée au 1er janvier 2005.

La capacité des acteurs de la complémentaire santé à construire cette nouvelle organisation n'était pas évidente pour des partenaires qui ne discutaient jamais ensemble de ce genre de questions. La création de l'UNOCAM pouvait d'ailleurs avoir plusieurs issues à court terme : elle pouvait permettre aux complémentaires de s'exprimer de façon cohérente sur les sujets concernant la santé ; mais l'UNOCAM aurait tout aussi bien pu neutraliser le discours des complémentaires s'il leur avait été impossible de se mettre d'accord. Sa bonne marche dépendait du type d'organisation de la décision au sein de l'union, ainsi que de la bonne volonté de chacun des partenaires. Or, il semble que la formation de l'UNOCAM ait été plutôt rapide comme le signalent ses membres, mais aussi des témoins à la CNAM.

L'union prit la forme d'une association, avec une assemblée générale³⁰³ n'ayant que peu ou pas d'impact politique, et deux instances politiques : le conseil d'administration et le bureau. Le débat sur la forme de l'union fut marqué par l'incidence de la place de la mutualité dans le remboursement des soins de santé. En effet, la FNMF proposa que les sièges du conseil de l'UNOCAM soient attribués selon la part respective de chaque institution dans la couverture santé complémentaire. Sachant que les mutuelles couvrent à elles seules 61% des remboursements d'assurances maladie complémentaire, il est évident que les autres protagonistes ne pouvaient que difficilement accepter cet agencement dans lequel la Mutualité aurait eu la majorité absolue au conseil de l'union. Notons immédiatement que cette part même a été mise en cause par les assureurs puisque les prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire ne sont pas seulement des remboursements de soins. Et si l'on prend en compte les autres types de prestations, les parts relatives de chaque acteur dans le total varient. Ainsi, pour un assureur : *« l'appréciation du poids économique de la mutualité... Je vous rappelle qu'il y a eu une petite manœuvre, couronnée de succès d'ailleurs, de la Mutualité pour apprécier ce poids économique. C'est de dire « on va prendre le champ fond national CMU ». (...) Oui d'ailleurs je reconnais que c'est légitime, c'est un fond. (...) C'est quand même un tout petit peu cochon dans la mesure où vous pouviez en avoir un autre où vous cumuliez les prestations en espèce et les prestations en nature. Donc toutes les IJ³⁰⁴ grosso modo. Et là à ce moment là le poids économique de la mutualité n'est plus du tout le même. (...) Quand vous y pensez bien, on a un interlocuteur, la CNAM qui elle a tout : espèces et nature. »* Ainsi, fin septembre 2004, face à la proposition de répartition proposée par la FNMF, le CTIP réclamait une parité stricte avec présidence tournante, quand la FFSA acceptait de ne céder que la présidence. Pour les assureurs l'union ne pourrait de toute façon pas vivre si une des parties possédait à elle seule la majorité absolue, et donc avait tout pouvoir sur les autres. Ils contactèrent d'ailleurs le Ministre à ce sujet. Toutefois la Mutualité ne pouvait pas non plus accepter que son importance dans la couverture complémentaire santé ne soit pas prise en compte.

Une solution fut finalement trouvée en s'appuyant certes sur la représentation des acteurs dans le fond CMU pour définir les places au conseil d'administration, mais en dotant le bureau où chacune des trois fédérations a le même nombre de représentants, de pouvoirs importants. Le 8 décembre 2004, un communiqué de presse des trois fédérations annonça qu'un accord avait été trouvé.

« La Mutualité Française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) se sont mis d'accord pour proposer au gouvernement les statuts de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) créée par la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004. Les trois institutions, conscientes des responsabilités nouvelles qui leur sont désormais imparties, sont satisfaites d'avoir trouvé un consensus sur la constitution et le

³⁰³ Elle est avant tout destinée à approuver les comptes et à prendre quelques positions d'ordre très générales sur l'association.

³⁰⁴ Indemnités journalières.

fonctionnement de cette union. Prenant l'initiative de constituer l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), la FNMF, la FFSA, le CTIP et le régime local d'Alsace Moselle³⁰⁵ en seront les membres fondateurs.

L'UNOCAM sera constituée sous la forme d'une association à même de répondre rapidement à ses missions :

- *examiner avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) les programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé ;*
- *déterminer avec elle les actions de gestion du risque ;*
- *organiser sa représentation là où l'Unocam est appelée à siéger, notamment au Comité économique des produits de santé et à l'Institut des données de santé ;*
- *participer aux négociations avec les professionnels de santé.*

Plus largement, les trois institutions souhaitent que cette Union soit un lieu d'échanges et de propositions sur toutes mesures et réformes qui peuvent permettre de résoudre les questions qu'elle a en commun avec l'assurance maladie.

Cette Union sera dotée d'un Conseil de 33 membres (17 représentants de la FNMF, 8 représentants de la FFSA et 7 représentants du CTIP ainsi que d'un représentant du régime local d'Alsace Moselle) : le Conseil reflète l'importance de chacune des familles dans le domaine des frais de soins. Les décisions y seront prises à la majorité simple dans le respect des propositions de son Bureau. Celui-ci sera composé de six membres, soit deux membres des trois fédérations fondatrices. Au sein de cette instance exécutive de l'Union, les décisions seront l'expression du consensus afin de respecter l'égalité de traitement de chacun.

La Mutualité Française, la FFSA et le CTIP estiment que ce mode d'organisation permettra l'application des décisions de l'Unocam par l'émergence d'accords consensuels. Au moment où l'Uncam et les professionnels de santé sont en pleine négociation sur l'organisation des soins en France, la constitution de l'Unocam est un enjeu primordial dans la nécessaire mise en œuvre d'une meilleure politique sanitaire et sociale »³⁰⁶.

Avec ce système, la mutualité garde la main sur le conseil. Par contre, si l'une des fédérations est opposée à une disposition, elle peut être bloquée au bureau. Aucune fédération ne peut imposer une décision aux autres, et même le point de vue de deux fédérations contre la troisième ne pourrait prévaloir. La présidence revient à la mutualité française, en l'occurrence à Jean-Michel Laxalt président de la MGEN et Vice Président de la FNMF.

Lors du communiqué du 22 avril 2005, les organismes complémentaires attendaient encore l'avis du conseil d'Etat à propos du projet de décret concernant l'UNOCAM et projetaient une installation pour le 15 mai. Mais lorsque le projet de décret rédigé par le Conseil d'Etat fut proposé, celui-ci alarma le CTIP et la FFSA. En effet, celui-ci était censé organiser le processus de décision au sein de l'UNOCAM et ne faisait pas mention du bureau. En effet, pour le Conseil d'Etat un décret ne devait normalement pas définir l'organisation d'une association. Or, le bureau était justement le dispositif qui assurait l'équilibre entre les différentes familles en offrant de fait une sorte de droit de veto à chaque fédération présente. Cette nouvelle rédaction du décret rompait ce subtil arrangement, en consacrant le rôle décisionnel du conseil tout en confirmant la proportion des sièges des uns et des autres dans le conseil. Ceci offrait la majorité à la mutualité.

Pour un décret en Conseil d'Etat, le Gouvernement avait alors trois choix : conserver la rédaction initiale du décret en ignorant l'avis du Conseil d'Etat ; reprendre la rédaction du Conseil d'Etat ; ou réaliser un panachage parfait des deux textes, c'est-à-dire choisir des morceaux cohérents de chaque texte et de les assembler ensemble. Finalement le gouvernement modifia le projet pour y réintroduire le bureau. Les trois familles s'accordèrent pour que les changements de statuts ne puissent se faire qu'à l'unanimité. Pour ce qui est de l'inscription des proportions de la représentation des membres au conseil (accordant plus de 50% des sièges à la mutualité), le décret resta en état. Mais la direction de la Sécurité Sociale précise que ces chiffres sont modifiables selon les parts de marché relatives. Le décret instituant l'UNOCAM est finalement paru en mai 2005³⁰⁷. Mais les complémentaires avaient déjà commencé à s'organiser depuis leur accord sur l'organisation de l'union.

³⁰⁵ En raison des spécificités du régime obligatoire lui-même qui pour des raisons historiques couvre davantage que le régime commun du reste de la France.

³⁰⁶ Communiqué de presse commun au CTIP à la FFSA et à la FNMF du 8 décembre 2004

³⁰⁷ Voir annexe 1.

La mise en place matérielle de l'association prit aussi quelques temps. Il s'agissait de trouver des locaux mais aussi des employés permanents. Il fut recruté trois personnes à cette occasion : un secrétaire général administratif, un médecin qui siège notamment au CEPS³⁰⁸ et une assistante. Le secrétaire général administratif a un rôle capital dans la marche de l'union, comme nous le verrons plus loin. Il s'agit d'Emmanuel Luigi qui était auparavant un fonctionnaire du Ministère, qui avait travaillé avec le cabinet du Ministre, et n'était bien sûr d'aucune « obédience » avant d'entrer à l'UNOCAM. « *Je venais du Ministère et donc j'avais... Quand on est fonctionnaire, on est astreint à des devoirs de réserve. Donc j'offrais des garanties de neutralité.* » Or ceci était très important pour l'union naissante. En effet, il ne faut pas oublier que les trois fédérations représentent des organismes en concurrence et dont les positions politiques ne concordent pas toujours. On ne peut pas nier qu'il existait une certaine méfiance entre les membres de l'UNOCAM. Il fallait donc s'assurer que le secrétaire général ne pencherait pas en faveur de l'une ou l'autre fédération, voire même qu'il n'aurait pas lui-même un rôle politique. Selon un autre témoin : « *Vous pouvez vous interroger sur cette dénomination. [Lors du recrutement] il a été bien précisé... L'UNOCAM n'a pas voulu un secrétaire général. Parce qu'un secrétaire général, si vous voulez, ça peut avoir une consonance politique. Donc ça peut avoir une vraie fonction de représentation. Donc pour contrôler, et c'est vous dire combien leur intégration est faible, ils ont bien précisé que la personne qui était chargée un peu de coordonner le travail, de recevoir, d'avoir les relations avec l'UNOCAM c'était un secrétaire général administratif. Si vous regardez tant dans le public que dans le privé c'est très très rare qu'il y ait ce mot « administratif » accolé à secrétaire général.* » Dans les faits, peu à peu la confiance s'est instaurée entre les membres de l'UNOCAM et avec le secrétaire général.

Début 2005, avant la parution du décret, l'UNOCAM était prête à fonctionner mais plusieurs problèmes se posèrent encore avant que cette construction soit entièrement stabilisée.

2.1.2. Le problème du choix des fédérations de complémentaires

Les trois familles principales de la complémentaire santé avaient donc créé et permis le fonctionnement de l'Union. Cependant elles n'étaient pas les uniques représentantes des organismes proposant de la complémentaire santé. Certaines des sociétés soumises au code des assurances adhéraient au GEMA, qui représente des sociétés d'assurance à forme mutuelle. Et il existe aussi une fédération dissidente par rapport à la Mutualité française : la FNIM. Or, si ces deux fédérations ont été conviées aux discussions concernant les complémentaires lors de l'élaboration de la loi, elles n'avaient pas participé à l'élaboration de l'UNOCAM qui avait vraiment été discuté entre la FFSA, le CTIP, la FNMF, et le régime local d'Alsace-Moselle. La FNIM et le GEMA étaient donc exclus de toutes les institutions de l'association.

La FNIM choisit alors d'attaquer le décret qui donnait une base légale à l'UNOCAM. Elle expose dans un communiqué de presse du 27 juillet 2004³⁰⁹ les raisons de cette demande d'annulation par le conseil d'Etat. Pour la fédération, la forme juridique choisie par l'union n'était pas conforme au droit. « *La FNIM attaque la décision de M. Xavier Bertrand – secrète, ou en tout cas non publiée – de reconnaître l'UNOCAM, association créée de leur propre initiative par trois fédérations, comme étant l'Union nationale (UNOC) prévue par la loi. La FNIM attaque également la décision de rejet (implicite) de sa demande que soit constatée sa qualité de membre de droit de l'UNOC. La loi n'a pas prévu que l'UNOC soit une personne morale de droit privé. Dès lors, est grossièrement illégal l'agrément de l'UNOCAM, qui est une association, qui plus est dotée d'un bureau tout-puissant, quand la loi ne connaît que l'existence d'un conseil.* »

³⁰⁸ Comité économique des produits de santé.

³⁰⁹ Le communiqué de presse peut être lu dans son intégralité sur le site de la FNIM : http://prod-memopage.seevia.com/fnim/index.php?option=com_content&task=category§ionid=20&id=109&Itemid=25

La FNIM dénonçait également le fait de ne pas être considérée comme un membre de droit de l'association et d'être ainsi victime d'une attitude discriminatoire du Gouvernement. « *La FNIM veut également stigmatiser le comportement partial, discriminatoire, contraire à toutes les traditions républicaines, dont elle a été la victime de la part des pouvoirs publics. Il y a peu d'exemples d'une organisation professionnelle dûment reconnue, et dont l'existence et le rôle sont prévus par la loi (le code de la mutualité), qui ait été l'objet d'un tel traitement.* » Par ailleurs elle réitérait ses réserves par rapport à la mise en place des contrats responsables au nom de la liberté de choisir les garanties offertes par les mutuelles à leurs adhérents³¹⁰.

En fait, le décret fut annulé en janvier 2007 sur la base du contentieux initié par la FNIM, mais pas sur ses arguments qui ont été rejetés par le Conseil d'Etat. Ce qui a motivé l'annulation du décret était le fait que celui-ci n'était pas véritablement un décret en Conseil d'Etat. Comme nous l'avons déjà signalé, lors de l'avis du Conseil d'Etat, le gouvernement avait plusieurs possibilités : soit ignorer tout bonnement l'avis en question, soit le reprendre à son compte, soit faire un parfait panachage des deux. Or aucune de ces solutions n'a été prise, c'est un panachage imparfait qui avait été réalisé. Le décret a donc été annulé pour vice de procédure.

L'annulation du décret n'a en fait pas été particulièrement favorable à la FNIM. En effet, ses arguments n'ayant pas été pris en compte, ses relations avec l'UNOCAM ne changeaient donc pas fondamentalement, du moins dans le sens qu'elle espérait. D'autre part, si l'union était fragilisée par cette décision, des dispositions avaient été prises pour qu'elle puisse continuer à fonctionner malgré tout. En effet, l'hypothèse d'une annulation était assez redoutable pour l'UNOCAM puisqu'on pouvait se demander quel serait le statut de tout ce qu'elle aurait accompli depuis 2005. Tous ses avis allaient-ils être jugés caducs ?

Le Ministre envisagea cette possibilité et profita de la LFSS pour 2007 pour ratifier *a posteriori* toutes les dispositions qui avaient été prises entre temps. Avant même l'annulation du décret, et *a fortiori* la rédaction du décret suivant, l'UNOCAM avait été consolidée en précisant qu'elle pouvait être une association loi 1901 et que les décisions qu'elle avait prise étaient applicables. D'une part les débuts de l'union étaient validés, mais en plus la force du statut d'association, qui s'appliquait à l'UNOCAM, lui permit d'exister dans l'attente de son décret.

L'annulation du décret, suite à la procédure de la FNIM ne bouleversa donc pas fondamentalement le mode de fonctionnement qui avait été trouvé par la FFSA, la FNMF et le CTIP. La FNIM n'a donc pas pu peser sur la forme de l'union afin d'y siéger. Aujourd'hui un second décret a été rédigé qui reprend les dispositions du premier mais sans défaut de procédure.

La seconde fédération qui aspirait à participer à l'UNOCAM, le GEMA, demanda son adhésion à l'union. Or, les mutuelles d'assurance ont historiquement plutôt débuté leur activité dans le cadre de l'assurance de biens. C'est plus tard qu'elles se sont tournées vers les assurances de personnes qu'elles soient vie ou non vie. Quand il s'est agi de développer la protection santé, les mutuelles d'assurance ont séparé cette activité des autres en créant des filiales. Celles-ci pouvaient prendre la forme de mutuelles ou d'assurances. Ainsi Maaf-santé et Macif-mutualité sont des mutuelles du code de la mutualité et la Mapa a créé une filiale sous la forme d'une société d'assurance mutuelle. On voit donc que les entreprises du GEMA ont parfois plusieurs formes juridiques s'agissant de la couverture santé complémentaire ce qui peut se manifester par des adhésions multiples dans les fédérations : la Mapa adhère à la fois au GEMA et à la FFSA et Macif-mutualité est à la FNMF. Toutefois, selon un représentant du GEMA, « *les groupes d'assurance membres du GEMA, ayant des filiales santé, ont toujours souhaité que le GEMA s'implique en santé* », et ce bien que les filiales santé puissent être adhérentes à d'autres fédérations.

Il fallait donc décider si une représentation autonome de la GEMA dans les instances de l'UNOCAM était légitime. Il avait été décidé qu'au sein de l'UNOCAM la répartition des membres

³¹⁰ Cette position avait déjà existé au sein de la Mutualité Française lors de sa campagne contre le ticket modérateur d'ordre public dans les années 60. Mais la FNMF a évolué sur ce point et est, au contraire, la fédération qui demande au contraire l'application la plus stricte des contrats responsables.

se ferait selon leur statut juridique. Par conséquent, bien que les membres du GEMA puissent parfois avoir des positions qui soient politiquement proches de celles de la mutualité, c'était à la FFSA de s'organiser pour permettre ou pas la présence du GEMA au conseil. Son adhésion fut acceptée sans problème et par voie de conséquence sa participation à tous les groupes de travail et à l'assemblée générale. Par contre, céder au GEMA un siège au conseil dans le collège des assureurs revenait pour la FFSA à diminuer le nombre de ses représentants par rapport aux autres fédérations, ce qui lui semblait inacceptable, notamment au vu du poids des sociétés du GEMA en santé. *« C'était ceux qui avaient bâti les textes qui étaient dans l'association avec la nécessité d'ouverture mais dans respect de l'équilibre. (...) On a eu des discussions parce que c'est la logique de la loi, et l'entrée du GEMA venait percuter la représentation de la FFSA, car ils sont du code des assurances. Et compte tenu de leur poids, encore une fois, dans le domaine de l'assurance santé, on n'a pas voulu leur céder un de nos sièges au conseil. (...) On n'en avait 8 on ne voulait pas en avoir 7, on se serait retrouvés à égalité avec le CTIP, et surtout un peu affaiblis par rapport à la Mutualité »*. D'autant que, comme nous l'avons vu, la position de certaines filiales santé du GEMA n'est pas si claire du point de vue de leur appartenance. La résolution de cette question passa par la présence dans le collège de la FFSA d'une personnalité pouvant éventuellement représenter simultanément la FFSA et le GEMA. *« Notre représentant [GEMA] au sein du Conseil, qui relève du collège entreprises régies par le code des assurances, a une double appartenance (FFSA et GEMA). Le compromis a ainsi été trouvé. Il n'a pas été souhaitable pour l'instant d'aller au-delà. Cette situation n'est pas totalement satisfaisante pour le GEMA, même si pour l'instant elle lui permet d'être représenté au conseil »*.

La position du GEMA a donc été très différente de celle de la FNIM. Ses représentants ont considéré que la lettre du décret ne leur fermait pas la porte puisqu'il n'énumérait pas explicitement les fédérations qui devaient être présentes dans l'union : *« il prévoit qu'il faut que l'organisme le plus représentatif soit représenté, il ne dit pas que l'organisme moins représentatif ne doit pas y être. »* Par conséquent, bien que l'union se soit d'abord faite sans eux à l'origine, ce qui forcément plutôt déplu au GEMA, ses membres ne voyaient aucune raison d'attaquer le décret et de fait une solution a pu être trouvée pour son intégration.

La FNIM quant à elle a demandé son adhésion à l'UNOCAM. Il semble que celle-ci soit en cours mais sans qu'il soit question de lui donner un siège au conseil. Elle serait donc présente aux AG et dans les groupes de travail mais pas dans les instances politiques (conseil et bureau).

Avec l'intégration du GEMA et de la FNIM, l'UNOCAM a stabilisé son mode d'organisation, même si celle-ci n'est pas gravée dans le marbre, puisque la place de chacun dans le conseil dépend de son importance sur le marché.

Une fois l'UNOCAM créée, il reste toujours une question : quelle sera la possibilité pour des groupements si différents de trouver des intérêts et des accords communs ? Pour Jean-Marie Le Guen lors du débat à l'Assemblée Nationale sur la loi du 13 août 2004 : *« Le Gouvernement crée une structure regroupant mutualité, organismes de prévoyance, assurances. Il faudra nous dire si elle est politique ou gestionnaire, et quelle est la cohérence de cet ensemble ? Certains pensent que la solidarité repose d'abord sur les régimes obligatoires, d'autres que les assurances ont vocation à s'y substituer, MM. Novelli et Mariton l'ont dit clairement. Pourquoi créer ainsi une structure publique regroupant des organismes privés ? Le seul point d'union est que les uns et les autres pensent certainement à développer leur pouvoir face aux régimes obligatoires »*³¹¹. Entre les divergences des conceptions de l'assurance maladie d'une part et la convergence des intérêts du fait de l'harmonisation législative, de leur confrontation à l'AMO ou des effets d'institution propres à l'UNOCAM d'autre part, quelle tendance l'emportera ? Dans ce contexte, l'UNOCAM sera-t-elle en mesure de présenter des avis autres qu'insignifiants étant donné que les modalités de

³¹¹ Compte rendu analytique des débats à l'Assemblée Nationale sur la loi du 13 août 2004 : débat sur l'article 31

délibération, qui donnent à chacune des trois composantes une sorte de droit de veto au bureau, obligent les membres de l'UNOCAM à trouver des positions consensuelles ?

2.2. La formation de la décision au sein de l'UNOCAM

Pour éviter que les trois fédérations se neutralisent au sein de l'organisation les réunissant, l'objectif recherché était de faire fonctionner l'institution et d'arriver à des avis tout en permettant à chaque fédération de conserver sa spécificité, ce qui pouvait s'avérer éminemment complexe sur certains sujets. Nous allons donc voir comment la prise de décision se fait au sein de l'UNOCAM en commençant par nous intéresser à la façon donc chaque fédération mandate ses représentants au conseil comme au bureau de l'union.

2.2.1. Le travail en amont dans chaque fédération

2.2.1.1. Le comité maladie-accidents de la FFSA

Les assureurs sont ceux qui ont eu le moins à adapter leur structure par rapport à l'UNOCAM. La FFSA possédait déjà des instances spécifiquement dédiées à la santé et qui visaient à porter les positions de la fédération vers les pouvoirs publics.

Le « comité maladie accident » rassemble 30 à 40 personnes représentant l'ensemble des assurances s'occupant de santé. *« Et pour faire fonctionner ce comité maladie accident convenablement, il y a quelques années, on a créé un comité restreint qui est une sorte de bureau de ce comité maladie accident. Et qui lui regroupe les plus grandes entreprises du marché qui contrôlent plus de 80 % du marché de la complémentaire santé, donc elles ne sont pas nombreuses elles sont huit. »*³¹² C'est dans cette instance qu'est recherché le consensus entre les compagnies d'assurances et que sont définies les positions qu'elles prendront pour défendre leurs intérêts. Les représentants des la FFSA à l'UNOCAM sont issus des entreprises regroupées dans ce comité maladie-accidents.

Dans le contexte de concurrence, les mutuelles et les IP sont certes des concurrents au même titre que les autres assurances, mais les assureurs ont construit leur appartenance à leur groupe sur des considérations communes qui sont défendues par la FFSA. Ainsi pour l'un d'entre eux : *« Non il y a des désaccords, il y a de vrais désaccords stratégique-opérationnels. (...) Ça nous empêche pas de vivre en bonne harmonie quoi. Mais ce qui vraiment nous caractérise c'est que nous on est tous axés business. Voilà. Donc on est très pragmatiques. On n'a aucun dogme ni mutualiste ni paritaire (...) Ce qu'on fait, on doit le faire pour le bien de nos clients et pour piquer des parts de marché aux autres (...). On sait que dans les autres, y'a les AGF et Generali, mais on sait surtout que dans les autres y'a la mutualité et les institutions de prévoyance. Et donc notre vision stratégique elle est très partagée.*

Q : Et pourquoi surtout mutualiste et institutions de prévoyance ? (...)

R : Oui parce que... on est trois familles : les deux autres sont nos concurrents.

Q : Donc vous êtes en opposition quelque part.

R : On n'est pas en opposition on est un marché.

Q : Oui mais vous me dites : on est en concurrence avec Generali mais surtout avec la Mutualité et les IP donc on peut se dire...

R : Mais bien sûr, parce que je suis membre de la FFSA. Donc on est assez soudés là-dessus. (...) Il y a une communauté de culture du résultat chez nous. Enfin de l'efficacité économique. Et la croyance dans la régulation par le marché. Et puis sur le fait qu'on est là pour accroître nos parts de marché. (...) Et là-dessus on a une vraie communauté d'esprit au sein de la FFSA ».

³¹² Entretien avec un assureur.

Les assureurs partagent donc une doctrine très claire qui est celle de l'efficacité de la régulation marchande. D'ailleurs c'est bien sur celle-ci que sont appuyées les positions de la FFSA et du CEA, que nous avons étudié plus haut, concernant la réforme du système de protection santé. Nous l'avons vu, le marché n'est pas revendiqué comme modèle unique puisque l'organisation marchande n'est pas proposée pour la totalité de la couverture santé. Par contre, sur le secteur de l'assurance maladie complémentaire, la FFSA défend la mise en place d'une libre concurrence qui ne soit pas entravée par des règles trop contraignantes d'une part et qui, lorsque ces règles existent, s'appliquent à tous de la même manière.

A partir de cette organisation et de cette communauté de vues, L'UNOCAM n'a pas modifiée la façon dont sont prises les décisions au sein de la FFSA, mais de nouveaux sujets sont rentrés sur l'agenda du comité maladie accident et des permanents de la FFSA qui préparent les dossiers au préalable. Comme le rappelle Alain Rouché, membre du bureau de l'UNOCAM et responsable des questions de santé à la FFSA : « *On avait l'organisation avant donc on est complètement cohérents. Presque tous les membres du comité restreint sont au conseil de l'UNOCAM* ». Pour prendre des décisions les assureurs ont l'avantage d'être les plus homogènes et les plus concentrés. Ils n'ont ni à gérer les différents courants qui existent dans la mutualité ni à se préoccuper des divergences qui peuvent exister entre les partenaires sociaux. De plus tous les assureurs qui comptent sur le marché sont présents dans les instances de décision, qu'elles soient très politiques ou plus techniques comme le comité gestion du risque de la FFSA, au bureau de Santé pharma. Il y a donc des discussions permanentes entre les représentants de ces différentes assurances notamment au sujet des grands thèmes qui concernent l'UNOCAM. Ainsi, l'homogénéité des assureurs, ainsi que leur faible nombre, leur permet de prendre de décisions rapides : « *Voilà on les décide surtout au comité restreint. Je ne suis cependant pas sans arrêt en train de valider avec le comité restreint des positions qu'on prend au sein de l'UNOCAM. Et Gilles Johanet³¹³ et moi, au sein du bureau, on prend les décisions en sachant intuitivement comment les assureurs souhaitent qu'on se positionne. On est dans un mode de fonctionnement simple* »³¹⁴. Cette « simplicité » est un avantage dans ce contexte où les modalités de délibération à l'UNOCAM qui obligent au consensus nécessitent des représentants en son sein une certaine souplesse dans leurs positions : « *On a quand même à faire valoir notre vision de nos intérêts et, par ailleurs, à trouver le moyen, autant que faire se peut, au sein de l'UNOCAM, de trouver des voix de consensus pour rendre des avis qui ne soient pas toujours "on n'a pas réussi à se mettre d'accord" »*³¹⁵.

2.2.1.2. La création du Conseil des mutuelles de santé

Le système mis en place par la Mutualité est plus compliqué et a nécessité d'autres adaptations de la part de la FNMF. En effet, les mutuelles recherchent un mode de fonctionnement démocratique pour leurs institutions. De plus, elles sont bien trop nombreuses pour se rassembler dans un comité comme les assureurs. Mais alors comment mandater les 17 représentants de la mutualité au conseil de l'UNOCAM ?

Les organes de la Mutualité française étaient auparavant constitués sur une base territoriale. Les mutuelles se regroupaient en unions départementales envoyant des représentants dans les instances de la fédération. Or, les mutuelles n'ont pas toutes les mêmes activités, et celles-ci ont du être séparées en vertu du principe de spécialité inclus dans les directives européennes. Comme nous l'avons vu, la santé est l'activité majeure des mutuelles pour l'assurance complémentaire mais aussi pour les réalisations sociales. La plupart des sociétés mutuelles ont surtout comme activité l'assurance complémentaire, et les réalisations sociales et les activités de prévoyance sont le plus

³¹³ Gilles Johanet est le second représentant de la FFSA au bureau de l'UNOCAM.

³¹⁴ Entretien avec Alain Rouché, membre du bureau et responsable des questions de santé à la FFSA.

³¹⁵ Entretien avec un assureur.

souvent assurées par des unions ou des regroupements de mutuelles. La FNMF a souhaité que seules les mutuelles du livre II du code, c'est-à-dire celles qui ont des activités d'assurance complémentaire santé, soient celles qui mandatent des représentants à l'UNOCAM. *« La FFSA c'est surtout un assureur santé. La Mutualité, je ne veux pas faire trop le couplet, mais c'est un acteur santé. C'est-à-dire qu'au sein du conseil d'administration de la FNMF, surtout dans sa mouture précédente, il y avait la réalité « mutuelle prestataire assureur santé », mais il y avait aussi les unions départementales qui, elles, organisaient des cabinets dentaires, qui portaient des établissements. Ça, ça n'existe pas chez les assureurs. Donc la Mutualité, [c'était] cette configuration dans laquelle les unions territoriales étaient majoritaires par rapport aux mutuelles ; alors que les sujets les plus fréquemment évoqués concernaient les mutuelles. Donc il y a eu une réorganisation, un renversement de la majorité. Et maintenant, de la même façon, on est en train de structurer au sein de la FNMF ce qu'on appelle les activités de libre droit à caractère social, et notamment les établissements sanitaires et sociaux »*³¹⁶.

La FNMF a donc réformé ses instances pour s'adapter à la nouvelle organisation de l'articulation entre AMO et AMC. Cette adaptation consistait à permettre aux mutuelles réalisant de la complémentaire santé de prendre une place plus importante dans la fédération. L'accroissement de la place des complémentaires au sein de l'organisation de la FNMF se fit par la refonte du système de représentation de la fédération, et par la création d'une nouvelle instance les regroupant.

Une nouvelle version du conseil d'administration rentra en fonction à partir de 2006 laissant plus de place aux mutuelles de santé par rapport aux représentants des unions départementales.

Conseil d'administration en 2005 ³¹⁷	Conseil d'administration en 2006 ³¹⁸
<p>Le conseil d'administration de la FNMF est composé statutairement de 108 membres, élus par l'assemblée générale, représentatifs du mouvement mutualiste. Au 31 décembre 2005, 107 postes étaient pourvus et, outre celui du président, étaient ainsi répartis en 2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 66 sièges aux délégués des unions départementales ; • 17 sièges aux délégués des mutuelles nationales et des unions nationales de regroupement de mutuelles directement affiliées à la Fédération ; • 15 sièges aux délégués des mutuelles locales et des unions locales de regroupement de mutuelles ; • 8 sièges aux délégués des unions nationales. 	<p>À compter du 30 septembre 2006 et en application des dispositions statutaires adoptées par l'assemblée générale en 2005, la répartition des 108 sièges au conseil d'administration est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 51 sièges aux mutuelles Santé de plus de 250.000 personnes protégées ; • 6 sièges aux mutuelles Santé de moins de 250.000 personnes protégées ; • 42 sièges aux unions régionales et aux unions départementales ; • 4 sièges aux mutuelles Prévoyance et Retraite ; • 5 sièges aux unions représentant les familles mutualistes.

En plus de cette réorganisation du mouvement en direction des mutuelles de plus de 250.000 personnes protégées, la FNMF créa un conseil des mutuelles de santé. Il comporte deux collèges : le premier représentant les mutuelles protégeant plus de 250.000 personnes et le second représentant les autres mutuelles. Cette instance est celle qui va mandater les membres de l'UNOCAM. Les dossiers y sont préparés à l'avance afin que les membres du conseil et du bureau, ainsi que le personnel plus technique de la FNMF, puissent porter la position des mutuelles face aux partenaires de la Mutualité. Là aussi, la position des mutuelles doit rester assez ouverte pour qu'une négociation soit possible. Pour un responsable mutualiste, les relations entre l'UNOCAM et la Mutualité sont dialectiques : la fédération pèse par ses représentants, la matière grise, les moyens humains qu'elle consacre à l'union. Mais cette dernière oriente aussi la délibération sur des choses nouvelles.

Mais est-il est facile pour la Mutualité de trouver des positions communes ? Les mutuelles ont des valeurs communes et des conceptions partagées de leur rôle dans la santé. *« Il y a la Mutualité d'une part qui se positionne sur l'assurance non lucrative, bien. Et d'autre part la Mutualité (...) qui dans ses assemblées générales et congrès, de plus en plus fortement, se positionne aux côtés de*

³¹⁶ Entretien avec un mutualiste.

³¹⁷ Source : rapport annuel de la FNMF pour l'année 2005.

³¹⁸ Source : rapport annuel de la FNMF pour l'année 2006.

*l'assurance maladie obligatoire, comme partenaire de l'assurance maladie obligatoire. Donc une Mutualité qui dénonce les régressions de l'assurance maladie obligatoire. Et qui ne dénonce pas simplement des transferts économiques, mais parce que ça dégrade le niveau de couverture des français. Donc il y a une logique là. »*³¹⁹ Les mutuelles sont aussi pour une plus grande régulation du marché de la complémentaire comme nous l'avons vu plus haut. Mais contrairement aux assurances, la Mutualité n'est pas homogène et les mutuelles sont beaucoup plus nombreuses que les assureurs ou les institutions de prévoyance. De plus, elles exercent dans des conditions différentes selon qu'elles sont des mutuelles de fonctionnaires ou des mutuelles interprofessionnelles, des « grandes mutuelles » ou des « petites mutuelles ». C'est ce que nous confirme un mutualiste : « *La Mutualité... Mais elle n'est pas homogène, vous le savez bien, donc ça vaut globalement ce que je vais dire, mais pas forcément dans le détail* ».

Ainsi sur la base des conceptions communes que nous avons rappelées, des positions très différentes peuvent s'exprimer notamment en fonction de l'exposition des différentes mutuelles face au marché. A cet égard, les assureurs et les IP se sentent plus proches des positions des mutuelles interprofessionnelles qui ont été les plus exposées à la concurrence dès les années 1980. Ces différences peuvent se voir par la présence de diverses fédérations au sein de la FNMF : la FMF, l'ancienne fédération dissidente, la MFP, mutualité fonction publique, la FNMI qui représente les mutuelles interprofessionnelles... Tous ces courants ont leur spécificité et leur représentation du champ de la santé.

Cependant, la fédération a l'habitude de gérer les différences en son sein. Le collège de la FNMF est constitué de mutuelles d'horizons divers afin de représenter la diversité des mutuelles, diversité qui s'exprime encore davantage avec le conseil des mutuelles de santé. Mais la FNMF s'intéresse aux questions de santé depuis longtemps et a donc une doctrine définie qu'elle peut porter dans les instances de l'UNOCAM.

2.2.1.3. La mutation du CTIP

Comparé à la FNMF ou à la FFSA, le CTIP est très différent dans son organisation et il semble bien que cela pose certaines difficultés lorsqu'il s'agit de se déterminer sur les sujets traités à l'UNOCAM. D'ailleurs, la plupart des interviewés parlent toujours des divergences entre Mutualité Française et FFSA. Il semble bien que ce soit surtout entre elles que les choses se jouent, ou du moins que ce sont les fédérations dont les prises de position sont les plus lisibles. Plusieurs interviewés se sont plaints de cette difficulté pour le CTIP d'avoir des positions qui ne soient pas tièdes, ou de la longueur des délais pour les donner. Pourquoi les choses sont-elles si compliquées du côté des institutions de prévoyance ?

En fait « *il se passe beaucoup de choses au CTIP* » comme le rappelle un mutualiste. En effet, c'est la fédération d'organismes qui a dû le plus adapter son fonctionnement à la création de l'UNOCAM, voire au contexte même de la réforme de 2004. Le CTIP, comme son nom l'indique, était un centre technique. Bien sûr, s'il y avait de positions politiques à prendre, c'était lui qui représentait les institutions, mais ce rôle était assez marginal par rapport à son travail technique. C'est l'institution la plus récente des trois grandes fédérations, le centre ayant été créé en 1986. C'est aussi la plus modeste. Le centre avait à l'origine essentiellement un rôle de conseil pour les institutions de prévoyance. Le Medef n'avait jamais voulu s'y impliquer en tant que tel. La donne a changé avec la réforme de 2004 qui confie un rôle politique aux complémentaires dans le système de protection sociale maladie. Même si, nous le verrons, ce rôle est limité, on peut tout de même penser, qu'au moins du point de vue économique, la place des complémentaires va être un enjeu important dans l'organisation de la protection maladie. En 2004, le Medef a donc décidé de retourner dans les caisses d'assurance maladie et d'entrer dans le conseil d'administration du CTIP.

³¹⁹ Entretien avec un mutualiste.

Cette décision a été prise du fait des transformations importantes que connaissait l'assurance maladie en général, mais aussi suite à des enjeux nouveaux concernant le secteur de la prévoyance. Celui-ci s'étant développé dans beaucoup d'entreprises, le Medef souhaitait s'y impliquer plus directement et voulaient participer à l'amélioration de la « gouvernance » des groupes de protection sociale. Le CTIP eut donc à s'organiser à la fois pour répondre aux exigences nouvelles de la loi, mais aussi au désir des partenaires sociaux de jouer un rôle accru dans le centre technique. Le Medef entra donc à la fois au conseil d'administration de la CNAM, devenu un simple conseil d'orientation (et de l'UNOCAM par la même occasion), et à celui du CTIP.

Avant cette réorganisation, le CTIP ne disposait pas d'un conseil d'administration, mais d'un conseil de surveillance. Il réunissait des représentants d'employeurs et de salariés, mais qui étaient là uniquement au titre de leur rôle dans les institutions membres. Aujourd'hui ce conseil est devenu un conseil d'administration qui mandate les représentants du CTIP au conseil de l'UNOCAM. Les membres de ce conseil d'administration sont donc des représentants des employeurs (Medef, CGPME et UPA) et de représentants des cinq organisations syndicales représentatives au niveau interprofessionnel, auxquels s'ajoute un représentant des professions libérales. Ces représentants sont là au titre de leur organisation et ne sont pas obligatoirement impliqués dans la gestion d'IP, mais dans un souci de représenter les institutions de prévoyance, la moitié au moins de ces représentants en sont issus. Contrairement à ce qui se passe avec la Mutualité ou les assureurs, tous ceux qui décident quelles seront les positions du CTIP ne sont donc pas toujours directement concernés par les organismes en question.

Afin de déterminer le mandat donné aux représentants du CTIP à l'UNOCAM, plusieurs instances sont mobilisées. Pour ce qui est de façonner plus spécifiquement le point de vue des institutions de prévoyance elles-mêmes, le CTIP est doté d'un comité de stratégie santé. La position élaborée dans ce comité n'est pas celle des partenaires sociaux présents au conseil d'administration mais bien la position des institutions de prévoyance en tant qu'opérateurs sur le marché de la complémentaire santé. Cette position est bien évidemment transmise aux partenaires sociaux qui siègent au conseil d'administration, mais c'est au CA que se déterminent les choix politiques. On a donc une sorte de coupure entre les instances « techniques » et les instances plus proprement politiques, même si bien sûr il y a circulation d'informations entre ces deux pôles.

Sur une bonne partie des sujets, cette dichotomie entre deux types d'instances n'est pas problématique. En effet, une grande partie des sujets sur lesquels l'UNOCAM est saisie sont très techniques. Dans ce cas, le CTIP se prononcera sans trop de difficultés. Par contre, quand des positions doivent être prises sur des questions plus politiques, il pourra être extrêmement difficile de trouver un consensus. Le cas s'est présenté à propos des franchises médicales que le gouvernement a mises en place lors de la dernière LFSS. Pour le CTIP, donner un avis devenait très complexe tant il y avait de positions différentes en son sein :

- Celles des institutions de prévoyance qui n'étaient déjà pas unanimes, entre les IP qui voulaient les rembourser et les autres ;
- Celle du Medef qui était favorable à des franchises ;
- Celle des syndicats qui étaient défavorables aux franchises, mais favorables à leur remboursement par les complémentaires si elles s'avéraient inévitables.

Le CTIP ne put donc pas donner d'avis sur cette question. Ceci n'eut pas tellement d'incidence sur le positionnement de l'UNOCAM dans ce cas là, dans la mesure où la FFSA et la FNMF avaient aussi des points de vue irréconciliables. Cet exemple montre que sur certaines questions il est impossible que le CTIP se prononce.

Une fois que le CTIP s'est mis d'accord sur une position, comment et par qui va-t-elle être transmise à l'UNOCAM ?

Normalement le président du CTIP et son directeur sont membres du bureau de l'Union. Or, selon un témoin, ce dernier n'est que peu ou pas venu au bureau mais a été suppléé par un spécialiste technique. Il a été avancé qu'il vaudrait mieux que ce soient des techniciens qui participent à ce

genre de négociations et non des politiques. En effet, ces derniers n'auraient pas forcément le temps de se plonger dans les dossiers de la même manière. Pourtant à la FFSA comme à la FNMF, des représentants politiques sont présents au bureau comme au conseil. Le personnel proprement technique des fédérations est plutôt mobilisé dans les groupes de travail³²⁰. Là encore, on voit ressortir le caractère dichotomique du CTIP entre des conseils techniques et des instances politiques, malgré la communication qui peut être instaurée entre elles et le fait que les représentants plus techniques du CTIP au bureau portent les positions décidées dans son conseil d'administration paritaire. C'est en effet au conseil que les partenaires sociaux vont assumer une représentation du CTIP. Il y a sept places au conseil réservées au CTIP, ce qui permet d'y faire siéger trois représentants patronaux, trois représentants syndicaux et le directeur du CTIP. Là encore des divisions peuvent apparaître entre patronat et syndicats. Dans ces cas, qui sont probablement assez peu nombreux car ce sont des positions qui ont été déjà discutées au bureau, il semble que la plupart du temps les représentants du CTIP au conseil s'abstiennent pour ne pas fragiliser leur position face à la FNMF et à la FFSA.

On voit donc que politiquement, le CTIP rencontre des difficultés que n'ont pas les autres fédérations. Tout d'abord son organisation paritaire ne rend pas le consensus facile. Et en plus on peut supposer qu'il faut un apprentissage au sein du centre lui-même pour qu'il puisse se stabiliser davantage dans ses nouveaux rôles. En effet, si le CTIP se préoccupait de questions de santé dans l'intérêt de ses membres, on peut imaginer qu'il faut du temps pour construire une doctrine politique sur ces sujets. Alors qu'au sein de la FNMF et de la FFSA, qui sont des organisations plus anciennes, celle-ci existe depuis un certain temps, même si les mutuelles ne forment pas non plus un groupe homogène. La question de savoir si le CTIP sera capable, peu à peu, de sortir de ses contradictions internes, afin de faire preuve de moins de prudence et de plus de rapidité, reste ouverte. Nous n'avons pas pu constater par nous-mêmes la teneur de ses avis, mais assureurs comme mutualistes ont exprimé les difficultés que connaît le CTIP pour donner une opinion tranchée. L'ennui est que, pour que l'UNOCAM fonctionne, il faut qu'il se soit prononcé et de façon suffisamment claire pour qu'une position forte puisse se dégager.

Cette consolidation dépend aussi de l'évolution des rôles et sujets traités par l'UNOCAM. Plus ceux-ci seront politiques et polémiques, plus les mises aux points au sein du CTIP seront difficiles. Par contre, sur les sujets techniques le CTIP semble assez à l'aise. La question est donc de savoir s'il pourra construire sa doctrine propre en matière de santé ou si son hétérogénéité, qui n'est pas de même nature que celle qui existe au sein de la Mutualité, restera un handicap pour le centre.

Une fois les positions de la FNMF, de la FFSA et du CTIP définies, elles doivent être portées devant l'UNOCAM. C'est alors que va se mettre en route toute une discussion entre les fédérations afin d'arriver au consensus. Comme nous l'avons dit, il y a un va et vient entre l'UNOCAM et les fédérations afin que les positions évoluent. Mais c'est aussi par un travail de négociation au sein même de l'union qu'une position commune peut être conçue.

2.2.2. Le fonctionnement de l'UNOCAM

2.2.2.1. Le processus de délibération à l'UNOCAM

a) L'importance du travail préparatoire

Avant que les instances de l'Union ne prennent position, les discussions prennent place dans des groupes de travail techniques. C'est finalement là que beaucoup de solutions sont élaborées avant d'arriver au bureau. Et c'est là que se préparent toutes les autres réunions puisque tout ne peut se

³²⁰ Même si suivant les sujets, et à ce niveau de représentation, les frontières entre technique et politique peuvent devenir très floues.

décider pendant les rencontres au bureau. Il s'agit, dans ces réunions, de discuter et de comprendre les positions des uns et des autres, d'anticiper les divergences possibles et de voir sur quelles bases pourrait se construire un consensus. En effet, la position de l'UNOCAM doit être solide pour que chaque fédération puisse s'y tenir. Il ne suffit donc pas de seulement trouver des points d'accords, mais d'essayer de prévoir toutes les conséquences que pourrait avoir tel ou tel positionnement. Ainsi, pour le secrétaire général de l'UNOCAM, « *on a tout un travail à faire qui consiste à travailler sur ce qui nous est proposé, mais aussi à prévoir ce qui va se passer et anticiper les positions à prendre en fonction des différents scénarios. Si on se tient uniquement à de la réaction, ça ne va pas très loin. On est aussi obligés d'être beaucoup dans l'anticipation* ». Il s'agit d'éviter qu'« *une question inattendue se pose, et que le président, ou moi, ou quelqu'un appartenant à l'UNOCAM, donne une réponse qui soit hors mandat en quelque sorte, qui soit plus représentative de ses intérêts propres, des intérêts de sa fédération que de l'UNOCAM, ou en tout cas, qui donne une réponse inattendue, qui n'ait pas été préparée en amont, et que l'un des membres de l'UNOCAM se sente en désaccord avec cette réponse* ». Au regard de ce travail de préparation, il y a, selon le secrétaire général, peu de chances qu'une fédération désavoue un avis pris par l'UNOCAM, car s'il y avait divergence, l'avis n'aurait pas été possible.

C'est donc lors de ce travail préparatoire, qui est réalisé avec les experts de chaque fédération et les salariés de l'UNOCAM, que les termes du consensus sont trouvés. Tout le monde dans l'union s'accorde sur l'importance de ce travail en amont des décisions politiques. Selon un mutualiste, il est ainsi la condition même de la réussite des discussions : « *la condition de l'UNOCAM (...) c'est un énorme et intense travail préparatoire. On ne peut parvenir à tout ce que je vous ai dit, que parce qu'il y a l'iceberg dessous. C'est un travail permanent de nos experts, c'est un travail énorme du secrétaire général. Il n'y a pas de sujet étudié au bureau, où de représentation (...) de l'UNOCAM, qui ne soit précédé par ce qu'Emmanuel³²¹ appelle « les éléments de langage ». C'est-à-dire une fiche sur laquelle tout est écrit et validé par les composantes du bureau. Quand on arrive, nous avons des éléments validés. Avant le bureau, les experts de toutes les familles se réunissent et travaillent. Puis ça tourne : une, deux, trois moutures, autant que nécessaire. On ne peut pas aller autrement. On ne peut pas aller autrement sinon on se serait toujours plantés. Donc il y a un énorme travail, mais qui, pour moi, fait partie justement de ce bénéfice qui nous a fait progresser ensemble. C'est un rapprochement de nos points de vue... C'est pas forcément très naturel* ». Ce rapprochement des points de vue, ces discussions entre les différents opérateurs, serait donc le premier résultat de l'UNOCAM. Les trois opérateurs, qui n'avaient jamais vraiment discuté cherchent maintenant à trouver des positions communes. Tous s'en félicitent même si, pour certains, ces organismes faisant le même métier, même si leurs buts sont différents, il est normal qu'ils puissent s'entendre sur leurs rapports avec l'assurance maladie. Pour d'autres, cet accord ne peut exister que parce que l'UNOCAM ne traite que d'un nombre de sujets somme toute limité, et concernant l'organisation des soins et les rapports à la protection obligatoire. Cette obligation de regarder du côté des concurrents, peut permettre un glissement des positions. Cependant, il ne faut pas oublier que non seulement ces entités restent concurrentes et que la méfiance existe encore entre les différents types d'opérateurs, mais aussi que sur certaines question le rapprochement des positions semble impossible.

b) Les instances délibératives : le bureau et le conseil

Une fois tout ce travail préparatoire achevé, le bureau détermine l'ordre du jour du conseil et les propositions d'avis ou d'action à discuter devant le conseil. Si un sujet ne convient pas à l'une des trois familles de complémentaires au bureau, ou si l'une d'entre elles est incapable de donner un avis, il ne sera pas présenté au conseil. Tout ce qui y passera fera donc déjà consensus au bureau. C'est là qu'il est indispensable que chaque fédération vienne avec un mandat clair. Et c'est là aussi

³²¹ Emmanuel Luigi, le secrétaire général de l'UNOCAM.

que l'accord va finalement se faire de façon quasi définitive. En effet, tout sujet n'ayant pas fait l'objet d'un accord au bureau n'ira pas plus loin dans la discussion. Si un avis doit être rendu sur cette question, il sera rendu un « avis de non consensus ». Dans le cas contraire un texte sera présenté au conseil.

Les décisions sont prises, d'un point de vue formel, par un vote du conseil. Ce vote peut se faire à la majorité, cependant, là aussi les acteurs de l'AMC cherchent à avoir une position unanime. En effet, le conseil peut amender les projets du bureau sous réserve que cela ne gêne aucune des familles de complémentaires. Si la position n'est pas unanime, il faudra sans doute voir si l'une d'entre elles ne se sent pas lésée. En effet, pour avoir un vote majoritaire il suffirait que la Mutualité vote un projet à elle seule, ce qui serait inacceptable pour les autres familles. Ainsi, la plupart du temps, pour amender un projet on tâche d'avoir un vote unanime au conseil, afin que tous s'y retrouvent. Même au conseil, on ne recherche pas des positions majoritaires mais unanimes. Pour un témoin, *« il y a le décret, et puis il y a les statuts. Et au-delà des statuts de l'UNOCAM, qui est constituée sous forme d'association, il y a les modalités de fonctionnement de l'UNOCAM, qui sont en toutes choses à l'unanimité. C'est-à-dire que, au-delà du bureau et du conseil, dans tous les groupes de travail que l'on réunit, sur tous les sujets, ce que l'on recherche ce sont les positions qui vont faire consensus entre les représentants des différentes fédérations »*.

Mais, dans ce cadre, à quoi sert le conseil et comment peuvent se distribuer les voix des uns et des autres ? Plusieurs positions peuvent être dégagées.

Pour certains, la décision du bureau compte avant tout car l'intervention du conseil aurait surtout pour effet de déstabiliser les équilibres qui avaient pu être trouvés, avec plus ou moins de difficulté, au bureau. Ainsi, selon un assureur : *« Le conseil il a un pouvoir assez limité par rapport à tout ce qui est fait au bureau. On voit bien qu'on a des débats, des discussions. Jean Michel Laxalt s'emploie à rendre les plus vivantes possibles les réunions, mais on ne peut pas véritablement changer des choses. D'ailleurs on voit bien dès qu'on commence à rentrer dans des discussions où on veut modifier tel ou tel avis ... Quand on commence à discuter trop, on dit qu'il faut revenir à la rédaction d'origine. (...) Alors la limite absolue c'est celle là. Il y a des discussions au sein du conseil, mais elles ne peuvent pas modifier le fond »*. Le conseil peut donc modifier des avis mais sans remettre en cause fondamentalement les équilibres trouvés au bureau, et surtout sans jamais essayer de remettre en cause la hiérarchie entre les deux instances.

Pour d'autres membres de l'UNOCAM, au contraire, le conseil permet d'enrichir les textes et d'exprimer des positions un peu décalées par rapport à celles du bureau, notamment parce que la discussion y serait plus libre. Pour un assureur : *« Ça arrive pratiquement toujours, à tous les conseils il y a quelqu'un qui va apporter... Donc le conseil, il apporte quand même : la diversité d'un nombre de membres plus étendus, et de gens qui ne sont plus à la recherche du consensus sur le texte. Vous voyez le bureau il est concentré sur... D'abord c'est un vrai travail de faire la première rédaction. Et en plus cette rédaction (...) parfois ça va tout seul, mais il y a des fois où c'est difficile, tangent. Et donc le bureau il est focalisé sur : « il faut qu'on y arrive ». Et nous, le conseil, on n'est plus focalisés là-dessus. Du coup ça donne un peu d'élévation. Et puis ça fait une trentaine de personnes qui voient ce document, et même si on a été préparés, tout ce qu'on voudra, cette diversité, cette communauté, ça apporte. (...) Donc le conseil n'est certes pas un lieu où les choses se formalisent complètement. Et d'ailleurs heureusement, parce que si elles devaient se formaliser complètement à trente, à partir de ce que nous demande le gouvernement, on n'y arriverait jamais. (...) Il faudrait 500 séances. (...) Très souvent il y a des amendements. (...) Le conseil n'est pas une chambre d'enregistrement. C'est vraiment un endroit où il y a débat et où il y a apport »*.

Parmi les personnes que nous avons pu rencontrer, celles qui étaient ouvertement les plus méfiantes vis-à-vis du rôle du conseil étaient les moins nombreuses et on les trouvait souvent, sans surprise, parmi les membres du bureau. Les avis sont donc partagés quant à l'importance du conseil dans le processus délibératif. On peut sans doute affirmer que s'il ne prend pas les décisions les plus

cruciales, le conseil est tout de même un lieu d'échange entre les fédérations. Et nous avons vu que l'un des apports de l'UNOCAM a été la mise en place d'un dialogue entre les fédérations, d'échanges politiques et techniques sur les questions de santé. Le conseil permet à cet égard au moins de diversifier la représentation des fédérations en apportant des éclairages plus concrets comme l'exprime un interviewé : « [Au bureau] ils essaient d'avoir un raisonnement qui va être un raisonnement un peu globalisant. C'est-à-dire un raisonnement vraiment au niveau des fédérations, et pas simplement au niveau des intérêts de leur propre structure. Au niveau du conseil, certes ils sont là aussi au titre des fédérations, les 17 membres de la mutualité française sont aussi là au titre de la mutualité française. N'empêche que vous avez le président de la mutuelle nationale des hospitaliers, le représentant de la fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle. Etc... Vous avez les représentants de différents organismes, c'est pareil pour les assureurs. Et eux ne peuvent pas, même s'ils sont là au titre de la fédération, s'empêcher de faire le parallèle avec ce qui se passe dans leurs organismes réellement. Donc le rôle du conseil déjà, ça va être de d'éclairer les décisions de les enrichir en fonction d'une expérience, peut être encore plus ancrée sur le terrain de des organismes complémentaires ».

En pratique, selon un témoin, il est arrivé que le conseil « durcisse » un texte issu du bureau. Mais si une disposition ne convient pas à l'une des fédérations, le bureau peut bloquer ces décisions. Les systèmes d'alliance et d'exclusion d'organisation qui ont cours dans les négociations des conventions UNEDIC ne peuvent donc pas avoir lieu dans une structure comme l'UNOCAM, puisque chaque organisation peut bloquer entièrement la décision des autres, si elle le souhaite. Pour l'instant il semble que les positions des uns et des autres ne sont pas forcément figées. La structure duale du CTIP, avec les représentants des patrons et des salariés, permet déjà en elle-même des combinaisons diverses. Mais le rôle du conseil reste donc finalement limité puisque même si des amendements peuvent être apportés, en cas de désaccord le bureau pourrait reprendre la main, rediscuter d'un thème avant de proposer un autre texte au conseil.

Il reste que cette limitation du rôle du conseil paraît peu légitime à certain, ainsi selon un témoin : « Ce qui est déconcertant dans le décret de l'UNOCAM, c'est le bureau. On a l'impression que le bureau c'est le conseil, que le conseil c'est l'AG. Le bureau a beaucoup de rôles à jouer alors que dans une gouvernance classique traditionnelle c'est plus le conseil qui tient ces rôles. Au niveau du bureau, la règle d'unanimité, montre bien que tout doit être lié à son niveau et le conseil se prononce sur les délibérations du bureau ». Cependant, le but de l'UNOCAM n'est pas d'exprimer et de porter une position majoritaire, comme on peut le voir dans d'autre type d'associations, mais bien de construire un point de vue consensuel des complémentaires. Ce point de vue n'avait auparavant jamais existé et il doit être conçu par des groupements qui ont des positions concurrentes. A ce stade du fonctionnement de l'union, aucune des fédérations principales ne pourrait accepter un mode de décision majoritaire.

On peut donc dire que l'une des réussites de l'union a été de permettre à des institutions qui n'élaboraient que peu ou pas de stratégies communes, de se mettre à discuter, ce qui n'était pas acquis *a priori*. Les divergences entre les trois familles de complémentaires sont un premier obstacle. Un second obstacle est que, contrairement aux négociations à l'UNEDIC, les partenaires doivent construire leurs relations au sein de l'institution. Non pas que les complémentaires n'aient jamais collaboré sur des projets, mais ces négociations étaient justement assez ponctuelles et portaient sur des questions précises. Ainsi, de nombreux travaux techniques ont par exemple été lancés sur leurs systèmes d'information lors de leur mise en conformité avec le système Sesam-vitale ; suite au rapport Boulard traitant de la couverture maladie universelle³²², des négociations ont été menées avec les complémentaires ; enfin en 2001, certains débats ont été organisés autour de la gestion du risque. Cependant, les fédérations d'organismes complémentaires n'avaient pas pour habitude de discuter entre elles des sujets touchant à l'assurance maladie dans son ensemble et

³²² Paradoxalement la collaboration au sein du fond CMU est moins développée. En effet, elle ne concerne que les organismes qui participent à la CMU, participation qui est basée sur le volontariat.

surtout pas dans le but de parvenir à un consensus. C'est en effet une chose de travailler ensemble et une autre de devoir parvenir à un point de vue commun pour chacun des partenaires. Cette « obligation de résultat » vient du fait que l'UNOCAM est tenue de rendre des avis chaque fois qu'elle est saisie. Il fallait donc pouvoir se prononcer à chaque fois d'une manière ou d'une autre. C'est pourquoi le concept « d'avis de non consensus » a été inventé afin de pouvoir donner un avis même en cas d'impossibilité de trouver un accord. Mais quelle pourrait être l'existence d'une organisation ne pouvant jamais donner de réelle réponse ? Les organismes complémentaires doivent tâcher de trouver un consensus le plus souvent possible pour que vive l'UNOCAM.

Des sujets de discussion s'imposent à l'UNOCAM puisqu'il s'agit de s'exprimer sur des négociations ou des décisions de la CNAM, ou sur des décisions du gouvernement. Contrairement à ce qui se passe à l'UNEDIC, il n'est pas possible que l'UNOCAM rende un avis et qu'une partie de ses membres s'en désolidarise puisque dans ce cas nous aurons soit un avis partiel, soit un avis de non consensus : et là les fédérations reprendront leur liberté de parole. Mais d'un autre côté tous les sujets n'ont pas vocation à y être traités ce qui est aussi la condition d'obtention de consensus. S'il s'agissait de traiter des garanties, de la réforme fiscale...etc... les fédérations ne pourraient certainement pas trouver d'accord.

Nous allons voir maintenant quelques exemples de sujets abordés par l'UNOCAM lors des prises de position concernant les avis et les décisions du gouvernement. Nous aborderons les questions des négociations avec la CNAM et du CEPS dans la seconde partie de ce travail.

2.2.2.2. Les décisions de l'UNOCAM, en pratique

a) Où les complémentaires ont des intérêts communs objectifs

Si, ainsi que nous l'avons signalé, les différents types de complémentaires ont des positions souvent différentes qui pouvaient laisser présager des problèmes au sein de l'UNOCAM, il reste qu'elles sont sur le même champ économique et peuvent de ce fait avoir des intérêts semblables. « *Elles font le même métier* ». Il n'est donc pas toujours si difficile de trouver un consensus, et sur certains sujets le fait de parler d'une seule voix peut donner un peu plus de poids aux conceptions de l'UNOCAM.

Il en va ainsi des remboursements des médicaments, qui se traduisent le plus souvent par un transfert de charges du régime obligatoire vers les complémentaires. En effet, si la Sécu décide de ne plus rembourser un médicament, les complémentaires peuvent décider ou pas de continuer à le prendre en charge. Mais comment faire si le remboursement passe de 65 à 35% ? Dans ce cas là, la plupart des garanties prévoient que les complémentaires remboursent le complément. Donc, pour un médicament donc le service médical rendu (SMR) est jugé inférieur aux autres, les complémentaires vont voir leurs frais croître. Pour l'un de leurs représentant, « *c'est pareil pour les médicaments [...remboursés] à 35% par le régime obligatoire, rares sont les garanties qui ne vont pas automatiquement prendre en charge le complément à hauteur de 65%. Donc à partir du moment où vous prenez un produit qui était à 65%, et que vous le passez à 35%, c'est un coût maximal pour les complémentaires. Et c'est un coût maximal pour les complémentaires, pour des produits dont le taux de remboursement a été abaissé parce que leur SMR était jugé insuffisant. Donc, nous, c'est un paradoxe qui ne nous convient pas du tout. On préfère mettre l'argent des complémentaires sur des choses relativement utiles, plutôt que sur des produits qui passent par un sas à 35% avant un déremboursement définitif, tout simplement parce qu'il faut laisser à l'industrie pharmaceutique le temps d'adapter ses capacités de production et de trouver des produits alternatifs à mettre sur le marché* ». Dans ce cadre on a un coût qui augmente pour les complémentaires, sans qu'il y ait amélioration de la couverture de leurs adhérents. Et cet effet a été d'autant plus grand, lors de la mise en place d'un taux de remboursement à 15% pour deux ans au moment de la LFSS de 2006.

Là aussi, les garanties étaient souvent rédigées de sorte qu'il était délicat de ne pas prendre en charge le complément, et dans ce cas, on était dans le cadre de médicaments qui allaient de toute façon être déremboursés.

Quand il a été question de reconduire ce taux de 15% pour la vague de remboursements suivante, l'UNOCAM l'a refusé. Sur cette question, toutes les familles avaient le même intérêt et donc une prise de position forte a pu facilement être trouvée³²³.

Il en est de même, plus largement, pour l'accès aux données de la Sécurité sociale. Là aussi, les différentes complémentaires n'ont pas exactement la même position sur ces questions. Cependant, elles sont toutes d'accord sur le fait que leur manque d'accès aux données ne leur permet pas de procéder à une gestion du risque, et à choisir réellement ce qui doit être remboursé. Or, mutuelles, IP et assurances ne veulent plus être « des payeurs aveugles », selon l'expression consacrée. En effet, même en suivant la vision la plus libérale de la complémentaire santé, l'augmentation continue de son coût peut aussi mener à une contraction du marché, les bénéficiaires pouvant être menés à renoncer à acheter une complémentaire. Le risque serait de voir les jeunes et les « non-malades » renoncer à se procurer une protection. Tous les opérateurs voudraient donc pouvoir choisir les soins remboursés, voire donner des informations à leurs adhérents pour les orienter dans le système de soins. Certes, ils n'ont pas tous la même conception du partage et de l'utilisation des données, mais l'accès aux données du SNIIRAM³²⁴ est un souhait partagé par les trois familles de complémentaires. Ces données ne permettant pas de remonter à tel ou tel assuré, et donc de procéder à la sélection des patients, ils ne comprennent pas en quoi il serait dangereux de leur en ouvrir l'accès.

Là encore nous sommes face à des intérêts communs et donc à une position unanime des complémentaires. D'autant que la loi de 2004 visait à leur donner un meilleur accès aux données de santé par le biais de la création de l'IDS. L'accès à ces données leur permettrait en sus de ne pas dépendre des données que leur fournirait la CNAM lorsque les complémentaires sont sollicitées pour un avis.

Dans ces deux cas les intérêts des complémentaires sont communs et divergent de celui des décideurs. En effet, pour la CNAM, rembourser un médicament à 35% au lieu de 65%, ou garder la main sur les données de santé, peut constituer des avantages financiers ou stratégiques. L'action coordonnée de complémentaires au sein de l'UNOCAM va donc pouvoir jouer à plein. Mais les intérêts des organismes ne sont pas toujours entièrement concordants.

2.2.2.3. Où la position unanime ne peut être trouvée qu'en excluant certains aspects du débat

Sur les sujets les plus techniques, le consensus semble facile à trouver. Mais plus le sujet est politique, plus il y a de chances pour que les fédérations souhaitent s'exprimer chacune en leur nom propre, écartant alors l'UNOCAM du jeu délibératif.

L'un des premiers avis pris par l'UNOCAM a concerné le décret sur les contrats responsables et la prise en charge des dépassements en dehors du parcours de soins pour les médecins de secteur 1. Sur cette question les fédérations s'étaient déjà largement exprimées avant la formation de l'UNOCAM. La Mutualité avait une position beaucoup plus stricte que les autres concernant la régulation du système et les obligations pour les assureurs complémentaires.

Par ailleurs, l'approfondissement de la logique des contrats responsables peut aller dans le sens de l'homogénéisation des garanties et donc de la complémentaire santé. Nous avons vu l'opposition

³²³ Cet avis a d'ailleurs été pour l'instant écouté par le gouvernement, ce qui n'est pas toujours le cas comme nous le verrons dans le chapitre 4.

³²⁴ SNIIRAM, Système National d'Informations Inter Régions d'Assurance Maladie qui dispose pour l'ensemble de la population française, de la totalité des informations d'assurance maladie pour chaque individu.

des assureurs et des IP, à cette homogénéisation de l'offre de complémentaires santé. Les positions apparaissent très tranchées sur le sujet et irréconciliables. Il s'agit aussi de réactions différentes face à une volonté politique concernant la gestion des dépenses de santé, au moyen d'une association et d'une réglementation plus ferme des organismes complémentaires. Sur ce genre de questions, chaque fédération reprend en général la main. Un consensus ne peut être établi et chacun s'exprime selon ses revendications propres.

Néanmoins sur les contrats responsables, l'accord a pu être trouvé sur une partie du texte : l'avis de non consensus ne concerna donc pas tout le décret. Les complémentaires se sont en effet mises d'accord sur trois dispositions des contrats responsables et pas sur la quatrième. L'avis était donc globalement favorable. Ainsi concernant ce que les contrats responsables doivent prendre en charge (le ticket modérateur des consultations et prescriptions du médecin traitant), ce qu'ils ne doivent pas prendre en charge (la participation forfaitaire de l'assuré de 1€) et enfin les actes de prévention à rembourser³²⁵, les trois fédérations ont donné un avis favorable, ce qui n'était pas forcément évident, étant données leurs natures. En effet les assureurs disaient alors explicitement qu'ils acceptaient un cadre réglementaire de leur activité. Ceci ne s'est pas forcément fait sans heurts mais est finalement définitivement accepté. Pour Gilles Johanet, qui a beaucoup milité pour que les assureurs acceptent le contrat responsable : *« Attendez, on ne peut pas en bonne politique et en bonne logique s'opposer à ce que l'Etat veuille performer ses déductions fiscales et sociales. C'est notre idéologie on va quand même pas être contre parce que c'est lui qui le fait. (...) Donc le principe du contrat responsable on n'est pas contre. Et on continue de n'être pas contre. »* Pour les mutualistes cet accord des assureurs pour une régulation du système représente une avancée considérable. *« Mais c'était un signe. Les complémentaires, alors qu'on disait que..., ont dit : « oui un nouveau cadre on est d'accord. » Mais on n'était pas d'accord parce que les complémentaires étaient réglementées, sinon il n'y avait pas d'accord. Mais parce que ces contrats responsables étaient liés à une à la loi de 2004. Ils concourraient à l'organisation du parcours de soins. Et que c'est une idée d'intérêt général à laquelle les assureurs souscrivent. Le fait de favoriser la prise en charge, dans le cadre du parcours de soins, et donc de défavoriser les autres : les assureurs ont accepté cette idée (...): les assureurs dans leur diversité sont d'accord pour appuyer une disposition de santé publique. C'est nouveau aussi. L'assurance c'est l'assurance, c'est pas le service public. (...) ça a sans doute plus apporté dans le symbole, dans l'indication de changement, que dans les un ou quelques euros de différence. Enfin ça me paraît très fort. Et tout ça dès le premier acte de l'UNOCAM. C'est pour ça que l'UNOCAM a pris consistance tout de suite. »*

Cependant, sur le quatrième point, concernant les remboursements des dépassements des médecins de secteur 1 hors parcours, l'UNOCAM a rendu un avis de non consensus. Et ce, parce que sur ce point précis les assureurs et les représentants des IP ont vu un risque d'homogénéisation des garanties. Les trois fédérations ont alors repris leur liberté de parole et, si la Mutualité militait pour

³²⁵ Les conditions des exonérations sont plus précisément les suivantes :

- Dans le parcours de soins coordonnés, les contrats doivent assurer un remboursement à 100 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant. En matière de prescriptions du médecin traitant, les médicaments pris en charge à 65 % par le régime obligatoire doivent être remboursés à 30%. Pour les actes d'analyse biologiques, la part des complémentaires doit être de 35 %. Ces dispositions s'appliquent également pour le médecin correspondant. Autre critère : les contrats responsables doivent rembourser intégralement le ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2005

- Hors parcours de soins, la loi fixe aussi des interdictions de prise en charge. Ainsi, la majoration du ticket modérateur ne peut être remboursée par les contrats responsables. Autre contrainte : la non prise en charge d'une franchise sur les dépassements d'honoraires des spécialistes. Enfin, les contrats responsables excluent le remboursement du forfait de 1 € sur les actes médicaux et les actes de biologie médicale.

- Pour les garanties instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche, ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel, l'entrée en vigueur de toutes ces dispositions est fixée au 1er juillet. Enfin, certains contrats partiels, tels que ceux qui couvrent uniquement l'hospitalisation ou les médicaments, disposent d'un délai supplémentaire de mise en conformité au 1er janvier 2008.

interdire le remboursement des dépassements hors parcours, les autres souhaitaient juste qu'une partie fixe de ces dépassements ne puisse être remboursée dans le cadre des contrats. Comme nous l'avons vu, certains sont sceptiques sur la réussite des contrats responsables à réguler le secteur, sachant qu'il sera toujours possible de faire des contrats non responsables, plus intéressants commercialement malgré une taxation plus lourde. Mais il y a aussi et surtout la perspective de voir le secteur de la complémentaire santé de plus en plus réglementé par la puissance publique. Les contrats responsables seront-ils « borderline » (en fixant juste les limites dans lesquelles la concurrence va s'exprimer) ou « guideline » (en imposant un contenu à chaque contrat) ? Ceci est tout l'enjeu des débats entre la Mutualité et ses concurrents. Et c'est pourquoi, d'une manière générale, assureurs et IP vont s'opposer à toute nouvelle obligation ajoutée aux contrats.

Pour des mutualistes, suite à la création de la CMUC, le fonctionnement de la complémentaire santé et son articulation avec le régime obligatoire, vont être régulés davantage. Et ceci est pour eux une bonne chose pour l'économie générale du système. Ainsi, le rapport Chadelat prévoyait un second étage organisé par les pouvoirs publics avec un panier de soins remboursables. Au-delà on serait rentrés dans le domaine de la « sur-complémentaire ». Depuis la loi sur la CMU, il semble que cette configuration soit rentrée dans le champ des possibles. Mais nul ne peut savoir jusqu'où ira l'articulation entre AMO et AMC. Si c'est de ce type de régulations systémiques qu'il faut attendre un meilleur fonctionnement de la protection maladie, alors les incitations pour que les patients respectent le parcours de soins doivent être fortes. Les dépassements doivent donc être exclus du remboursement hors parcours. En revanche si c'est du marché que la régulation doit être attendue, il faut que la concurrence puisse exister entre les différents contrats. Avec des contrats responsables guideline (et non plus borderline), « là, y'a plus de concurrence, y'a plus de choix. Donc non seulement vous désresponsabilisez complètement les assurés, mais une fois de plus l'Etat français aurait cédé à son tropisme : gérer à la place des gestionnaires »³²⁶.

Au-delà de ces aspects proprement politiques, il faut noter que cette question de la prise en charge des dépassements concernait surtout les contrats des assureurs et des IP, et en particulier le collectif. La différence de perception des mesures à prendre était donc liée à des enjeux politiques mais aussi plus concrets. Ainsi selon un assureur, « on était en accord avec le CTIP sur ce point là, pour des raisons, à mon avis, relativement simples. C'est-à-dire que cela venait percuter fortement le marché de la complémentaire collective obligatoire, qui est le marché du CTIP : ils ne font pratiquement que cela. C'est aussi le marché des assureurs de la FFSA qui font de la complémentaire collective obligatoire. Les assureurs font aussi de l'individuel, c'est plus diversifié, mais on a un portefeuille important en assurance collective. Et on avait des garanties plus élevées, notamment en ce qui concerne la prise en charge dépassements, par rapport à ce que l'on peut rencontrer dans les mutuelles ».

Dans le cas des remboursements des dépassements hors parcours, les intérêts des mutuelles, des IP et des assureurs étaient donc divergents autant pour de raisons commerciales que politiques. Les contrats collectifs proposant fréquemment, nous l'avons vu, des couvertures plus importantes, les opérateurs ayant un grand nombre d'assurés dans ce cadre n'étaient pas favorables à une restriction trop grande de leurs marges de manœuvre. Les mutuelles, dont le portefeuille de contrats collectifs est comparativement plus faible, auraient été moins gênées par une telle transformation. Mais, dans ce cas, le choix de rembourser ou pas les dépassements peut aussi résulter d'un choix politique, qui a été longtemps celui de la Mutualité, et est encore concrètement celui de la MGEN par exemple. Bien que le monde des mutuelles ne soit pas homogène, la condamnation d'une prise en charge de dépassements trop importants est toujours un discours de la FNMF, discours lié à la mise en place d'une meilleure articulation entre AMO et AMC. Pour un mutualiste, « quand on prend en charge les dépassements d'honoraires, alors que l'Assurance maladie essaie de bâtir des conventions on voit bien [qu'on est] sur des logiques divergentes de celles de l'Assurance maladie obligatoire. Sur des couvertures qui créent une surenchère de marché, on voit l'Etat, par l'exonération d'impôts, et la Sécu, par l'exonération de charges sociales, financer ce type de Sécurité sociale réduite à

³²⁶ Entretien avec un assureur.

l'entreprise. Alors qu'il y a deux faits majeurs en France : les millions de Français qui n'ont pas accès à l'emploi en entreprise et la progression, l'accroissement démographique des retraités. Deux populations qui sont écartées de ces contrats : ces contrats étant les seuls aidés par les pouvoirs publics et la Sécu. Alors moi j'y vois plus qu'un paradoxe... ».

Les différences de positions ne sont donc pas forcément dues seulement à des divergences politiques entre fédérations, il peut aussi s'agir de questions plus directement pratiques, qui vont faire que certains opérateurs se sentiront capables de faire face à une mesure quand d'autres se verront fragilisés. Ainsi, quand il a été question de permettre aux opticiens de renouveler les lunettes une fois sans ordonnance, la césure ne se situait pas forcément entre fédérations, mais plutôt entre les organismes ayant déjà mis en œuvre une solide gestion du risque en matière d'optique et les autres. Pour les premiers, l'élargissement du marché par cette nouvelle possibilité donnée aux opticiens ne présente que peu de risques alors que les seconds peuvent être confrontés à une augmentation importante de leurs remboursements. En conséquence, ces derniers préconiseraient plutôt une limitation de l'élargissement du marché afin de pouvoir mettre en place les outils de gestion du risque. Sur cette question centrale du renouvellement, l'UNOCAM n'a donc pas pu prendre de position consensuelle au delà d'une position minimale.

Notons enfin le cas récent des franchises médicales. L'UNOCAM a donné un avis sur la LFSS mais n'a pu se prononcer sur la question des franchises. Les trois fédérations ont repris alors leur liberté de parole et se sont exprimées chacune de leur côté.

L'UNOCAM doit donc souvent se contenter d'avis partiels parce qu'un consensus n'a pas pu exister. Les divergences de nature et politiques des trois familles de complémentaires semblent peser encore fortement sur la capacité de l'UNOCAM à produire des avis consensuels, même si des intérêts communs les réunissent également. Mais l'union en est au début de son existence, et un jugement plus substantiel nécessite de voir sur le long terme la capacité de l'UNOCAM à produire des avis partagés.

Conclusion

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre les trois organismes principaux, qui forment l'UNOCAM, représentent des institutions de statuts différents et dont les philosophies d'origine divergent. Les seules institutions à avoir été conçues d'emblée comme des complémentaires sont les IP, alors que les mutuelles et les assurances étaient déjà impliquées depuis longtemps dans la protection des individus contre les risques sociaux. Ces histoires et ces statuts très dissemblables, ainsi que la place de la santé dans l'activité des organismes, expliquent que chaque fédération ait des discours distincts sur l'organisation du dispositif de soins dans son ensemble. La FFSA est un regroupement d'entreprises dont la santé ne représente qu'un faible pourcentage de l'activité générale. Elle défend l'existence d'un marché librement concurrentiel pour l'assurance maladie (ou du moins le moins régulé possible). Le CTIP est géré par des représentants syndicaux et patronaux, 82% de ses contrats de santé sont des contrats collectifs. Et c'est justement cette implication de l'entreprise dans la protection des salariés, et les vertus de la libre négociation collective qu'il prône. Enfin, face à la défense de ces deux libertés (liberté de la négociation conventionnelle et libre concurrence) la Mutualité Française milite pour un approfondissement de la logique de partenariat entre AMO et AMC, impliquant des contraintes plus importantes pour les organisations concernées.

Face à ces trois positions qui peuvent paraître irréconciliables sur certains sujets, on peut se demander comment des avis communs peuvent être dégagés au sein de l'UNOCAM. Tout d'abord il faut noter que, depuis les années 1980, les législations nationales comme communautaires tendent à induire un rapprochement des conditions d'exercice des trois types d'institutions. La réforme du

code de la mutualité de 1985 et la loi Evin de 1989 ont légitimé la présence des assureurs dans le secteur de la complémentaire santé, et ont ainsi placé les organismes à but non lucratif sur un marché concurrentiel. Les troisièmes directives assurances ont achevé ce processus en imposant à chacun des règles de gestion communes. « Bruxelles » a tout particulièrement fait glisser l'attention qui était portée aux statuts des sociétés (notamment en matière de fiscalité) vers les produits proposés. Ces réformes n'ont pas été univoques car, si elles ont profondément transformé le paysage des organismes à but non lucratif (en particulier de la mutualité), de plus en plus de réglementations d'ordre éthique ont été imposées aux entreprises d'assurance. De plus, de la loi sur la CMU à la réforme de 2004, la tendance est à l'intégration des organismes de protection complémentaire à l'organisation générale du système de soins.

Quels que soient les objectifs de ces différentes réformes, cette homogénéisation des conditions peut avoir entraîné un lissage de certaines différences, qui permet plus facilement de trouver des intérêts communs à tous les opérateurs. Cette harmonisation, orchestrée en partie par l'Union européenne, n'a pas forcément modifié l'influence politique des différents acteurs de la complémentaire santé en France. Cependant, elle a changé les stratégies de ces derniers, ainsi que certaines de leurs positions.

En tant que complémentaires, et donc en tant qu'opérateur économique, elles ont aussi des places semblables face au financeur principal de la couverture santé qu'est l'AMO, et leurs revendications peuvent alors se rejoindre.

Ceci étant dit comment peut-on évaluer le poids de chaque organisme dans la nouvelle institution qu'est l'UNOCAM ? Tout a été fait pour que les trois fédérations principales aient un pouvoir égal au sein de l'institution, et ce malgré la majorité que la Mutualité a obtenu au conseil³²⁷. Cet équilibre permet à chacune des fédérations fondatrices de garder sa liberté sur les sujets sensibles, tout en affirmant des positions communes sur ceux qui font consensus. D'aucuns disent que l'UNOCAM ne peut fonctionner que par le caractère réduit des sujets dont elle est saisie. Car il persiste une méfiance entre les fédérations concurrentes qui rend parfois la recherche d'un consensus très difficile voire impossible. Il reste cependant, qu'une fois qu'une position a été prise au sein de l'UNOCAM, aucune des fédérations ne l'a désavouée par la suite.

L'UNOCAM peut ressembler à un achèvement des mouvements d'homogénéisation des complémentaires par la loi, puisque des positions communes, qui ne se limitent pas aux questions techniques, devront être élaborées régulièrement par l'institution. Comme les trois familles de complémentaires ont apparemment pris cette union au sérieux, il y a de bonne chance pour que leur dialogue s'approfondisse encore. La création de positions communes aux trois types d'institutions au sein de l'UNOCAM, pourrait leur donner davantage de poids face à d'autres acteurs, en particulier l'AMO et l'Etat. Mais encore faudra-t-il que ces derniers utilisent cette nouvelle venue dans l'organisation de la Sécurité sociale.

³²⁷ Les deux fédérations qui sont entrées dans l'union après sa création, ont des places subalternes : aucune représentation au bureau et aucune au conseil pour la FNIM et un siège au conseil pour le GEMA, dans les conditions que nous avons vues plus haut.

Conclusion

Nous sommes confrontés à deux domaines de la protection sociale – assurance chômage et assurance maladie complémentaire – dans lesquels les acteurs non-étatiques qui participent à la délibération politique ont des traditions d'intervention et une reconnaissance institutionnelle particulièrement différentes. A l'UNEDIC, les organisations syndicales et patronales régissent depuis 1958 dans le cadre des règles de la négociation collective paritaire interprofessionnelle un régime qu'il gère également de manière paritaire. Dans l'AMC, les acteurs à l'histoire, aux pratiques, intérêts et revendications très différents, doivent, au travers de leurs organisations représentatives et tout particulièrement dans le cadre de l'UNOCAM nouvellement instituée, inventer une forme de « dialogue civil », s'instituer en partenaire politique de la couverture maladie dans son ensemble.

Interroger la qualification de gouvernance s'agissant des formes de délibérations politiques dans l'UNEDIC et l'AMC (via l'UNOCAM), passe par la mesure du poids délibératif réel de chacune des organisations (non-étatiques) et donc des participants à une éventuelle gouvernance de chacun de ces domaines de protection sociale.

Du côté des acteurs de l'UNEDIC, nous avons cherché à montrer que la négociation collective en 2005 comme par le passé n'était pas la confrontation à égalité des différentes organisations syndicales et patronales. Plus exactement, les modalités institutionnelles des relations interprofessionnelles induisent le fait que les organisations syndicales ne pèsent pas de la même manière dans la définition du droit à ressources des chômeurs, alors même que la négociation collective fonde *a priori* un poids égal à chacun. Seul le partenaire privilégié, dont l'existence est déterminée par la conjonction de la validité de l'accord minoritaire, du pluralisme syndical et de l'unité patronale (elle-même résultant du déterminisme des conditions qui fondent la représentativité des organisations patronales et la validité de leur engagement), a un pouvoir réel de négociation avec le patronat. Les autres organisations syndicales sont, nous l'avons vu, contraintes au suivisme ou à l'impuissance.

Du côté des organisations représentatives de l'AMC, nous avons vu que la constitution politique de l'UNOCAM semble, au regard de sa courte expérience, respecter un équilibre qui permet de produire des avis consensuels et d'éviter a priori toute suprématie d'un acteur sur les autres (ce que le poids de la mutualité dans le champ aurait pu laisser supposer). Les institutions qui régissent la représentation politique des trois grandes familles de l'AMC, par la convergence d'intérêts induite par la recomposition du champ depuis 30 ans et par les modalités d'organisation interne de la délibération, font de l'UNOCAM un organisme de production de consensus et en ce sens de délibération partagée que l'on peut qualifier de gouvernance. Cette gouvernance a toutefois la faiblesse de sa force, au sens où tout désaccord entre ses membres conduit à l'impuissance de l'UNOCAM. Or, la convergence d'intérêt constatée entre la Mutualité, les assureurs et les IP, n'en annule pas toutes les divergences politiques historiques et actuelles sur lesquelles nous sommes penchées. Si les accords techniques peuvent naître de cette délibération politique consensuelle notamment parce que les intérêts des mutualistes, assureurs et IP sont désormais proches, les accords plus proprement politiques sur l'organisation du champ de la couverture maladie sont plus délicats à obtenir, ce qui interroge sur la portée réelle d'un organisme ayant le consensus comme modalité pratique de délibération. C'est ce dernier élément qui reste à mesurer dans la confrontation de l'UNOCAM à l'Etat.

Les formes instituées de la délibération politique dans chacun des domaines observés sont donc particulièrement centrales dans la détermination du poids des acteurs non étatiques dans celle-ci, et en conséquence de la dimension partagée de cette délibération. Toutefois, l'élément récurrent et fondamental dans la nébuleuse de définitions de la notion de gouvernance, reste la capacité d'acteurs non étatiques à participer à la décision face à l'Etat. Ainsi, au delà des rapports entre acteurs non étatiques, la délibération politique, aussi bien dans le cas de l'indemnisation du

chômage que dans le celui de l'AMC, doit également – et même surtout, si notre objet est de mesurer le bien-fondé de l'usage du terme gouvernance – être jugée dans la confrontation des acteurs non étatiques à l'Etat, ce qui fait l'objet de la seconde partie de ce rapport.

Partie 2
Les relations entre les acteurs non-étatiques et l'Etat

Chapitre 3

Le recyclage par J.-L. Borloo en 2005 du système de contrôle et de sanctions des chômeurs débouté par M. Aubry en 2000

Les modalités de contrôle et de sanction ont fait l'objet en 2005 d'une redéfinition à travers la loi de Cohésion sociale du 19 janvier 2005, précisée par un décret du 2 août 2005 et par une circulaire de la DGEFP du 5 septembre 2005. Si l'on cherche à comprendre les modalités de la décision politique en matière de contrôle et sanction des demandeurs d'emploi, et notamment à mesurer la pertinence de l'usage du terme gouvernance, il nous faut là encore remonter à la négociation UNEDIC de l'année 2000. Elle fut le cadre d'un débat sur la responsabilité des contrôles et des sanctions et sur la nature des sanctions, deux sujets qui ont justement fait l'objet de l'attention législative et réglementaire en 2005. Nous allons voir que la réforme Borloo du contrôle de la recherche d'emploi avait dans les grandes lignes été formulée par les partenaires sociaux dès 2000. Il est donc à cet égard intéressant de reposer cette question avec cet arrière plan « historique » (1), pour mieux comprendre les réformes actuelles (2).

1. Les projets contrariés du régime de sanction lors de la négociation UNEDIC de 2000...

La négociation UNEDIC de l'année 2000 avait été particulièrement conflictuelle. L'introduction de l'activation des chômeurs et des dépenses à grande échelle³²⁸ posait de manière plus vive la question du contrôle et des sanctions à l'égard des personnes indemnisées qui ne répondraient pas aux devoirs nouveaux des demandeurs d'emploi qu'impliquent cette activation (bilan de compétences, entretiens fréquents, formations...etc.).

La négociation a débouché à l'époque à un accord daté du 14 juin 2000 mais sa traduction en convention fut difficile puisque elle donna lieu à une passe d'armes entre les signataires et le gouvernement de l'époque dirigé par Lionel Jospin, avec Martine Aubry pour ministre sur ce champ de compétence de l'indemnisation du chômage. Deux versions de convention se firent refuser l'agrément gouvernemental. Il est tout particulièrement intéressant de retracer les épisodes qui ont opposé les signataires au gouvernement pour mettre en perspective la réforme du contrôle de recherche d'emploi de 2005 menée par l'Etat et de saisir le sens de la délibération politique en la matière. Le débat conflictuel de l'époque permet de distinguer plus nettement les positions des acteurs, leurs poids respectifs dans la délibération, bien mieux que les commentaires sur une décision unilatérale de l'Etat comme ce fut le cas en 2005 (bien qu'il y ait eu consultation des partenaires sociaux). Il est à ce titre éclairant de voir comment, de propositions en propositions, les modalités conventionnelles et réglementaires se sont construites. Nous revenons ici sur trois dimensions du débat de 2000 sur le contrôle et les sanctions des chômeurs qui, centrales lors de la négociation de 2000, réapparaîtront lors de la réforme de 2005.

1.1. La responsabilité du contrôle et de la sanction des demandeurs d'emploi

Les signataires de l'accord UNEDIC proposent donc en 2000 toute une série d'innovations en matière de contrôle et de sanction des chômeurs. Celles-ci seront au cœur de la controverse qui les

³²⁸ en 2004 les frais liés au PARE s'élevaient à 905 millions d'euros (source : Unedic)

opposera à l'Etat, car elles touchent directement à l'exercice de la responsabilité du contrôle et des sanctions, plus précisément au partage de cette responsabilité entre les gestionnaires du régime d'assurance chômage et l'Etat. Ce sujet fut donc objet de conflits et d'ajustement à chaque nouveau projet de convention.

1.1.1. Dans la première version de convention

Dans cette première version, le premier paragraphe de l'article 19 du règlement annexé au projet de convention du 1^{er} juillet 2000 prévoyait en outre de faire du non respect des obligations liées à l'activation des chômeurs (et sa traduction par la mise en œuvre du Projet d'action personnalisé) des motifs de suspension des droits à indemnisation :

« § 1^{er} – *Le refus opposé, sans motif légitime par l'allocataire, dans l'une des situations suivantes :*

- *s'engager dans un projet d'action personnalisé ;*
- *se présenter à l'examen visant à évaluer l'ensemble de ses capacités professionnelles ;*
- *suivre, avec assiduité, une formation qui lui est proposée à l'issue de l'examen de ses capacités professionnelles pour lui ouvrir l'accès à l'emploi, entraîne la suspension du versement des allocations ».*

L'article 18 du règlement annexé à la convention de 1^{er} juillet 2000 précisait que « *l'ASSEDIC examine, sur la base des informations recueillies notamment auprès de l'ANPE ou en liaison avec cette dernière, les conditions de réalisation des engagements pris par l'allocataire dans le cadre du projet d'action personnalisé. (...) Si les conclusions de l'examen sont positives, l'allocataire est invité à poursuivre son action (...). Si les conclusions de l'examen sont négatives, des conséquences en sont tirées conformément aux dispositions de l'article 19* ». Cet article laissait planer un doute sur le champ de compétences de l'ASSEDIC : le régime d'assurance-chômage allait-il s'arroger une fonction de contrôle et de sanction des demandeurs d'emploi jusqu'alors réservés aux seuls services de l'Etat (ANPE, DDTEFP)³²⁹ ? Il était prévu que la mise en œuvre des sanctions fasse « *l'objet d'une convention entre l'UNEDIC et l'Etat, garant de l'égalité de traitement des demandeurs d'emploi, pour définir les modalités de collaboration et de délégation entre les services extérieurs du ministère chargé de l'emploi et les ASSEDIC* » (régl.-art.19-§4). Ainsi, l'ordonnateur réel de la sanction restait encore indéfini, mais le texte de l'article utilisait le terme de « délégation » qui laissait ouverte la possibilité pour l'UNEDIC de devenir le lieu de décision de la sanction à l'égard des chômeurs dont les refus seraient jugés illégitimes.

Cet article 18 fut un des motifs invoqué par Martine Aubry et Laurent Fabius au premier refus d'agrément que le gouvernement prononça. Dans un courrier aux organisations syndicales et patronales de l'UNEDIC les ministres faisaient valoir que « *s'agissant du contrôle de la recherche d'emploi et des sanctions, les dispositions proposées ne peuvent recevoir l'approbation du gouvernement* » : Les deux ministres admettaient qu' « *il est normal de sanctionner des chômeurs qui n'acceptent pas un emploi correspondant à leur qualification ou qui ne font pas de réel effort pour retrouver un emploi* », mais jugeaient que « *pour être impartiales, ces décisions doivent rester de la responsabilité de l'Etat et être assorties de voies de recours permettant aux chômeurs de faire valoir leurs droits* ». L'argument gouvernemental était donc que l'UNEDIC en s'arrogeant un droit de sanction deviendrait à la fois juge et partie, ce qui remettrait en cause l'impartialité de ses

³²⁹ Le Code du Travail prévoit alors que « *les opérations de contrôle de la recherche d'emploi [soient] effectuées par des agents publics relevant du ministère* » (art.L.351-18) et que ce soit « *le commissaire de la République [qui fasse] connaître à l'intéressé et aux institutions gestionnaires du régime d'assurance chômage sa décision motivée de lui refuser l'attribution, le renouvellement ou le maintien du revenu de remplacement* » (art.R.351-33). De même la précédente convention UNEDIC datée du 1^{er} janvier 1997 ne donnait à l'ASSEDIC que le pouvoir de saisir l'autorité administrative (règlement annexé, art.43), mais absolument pas de sanctionner le demandeur d'emploi.

décisions. Cet argument avait été avancé sous diverses formes par les opposants à l'accord UNEDIC de 2000, en particulier Force Ouvrière. L'organisation syndicale dénonçait à l'époque le fait que les signataires veuillent « *substituer à ces établissements publics d'État [qui exercent le contrôle] un organisme privé, géré paritairement par les interlocuteurs sociaux: l'UNEDIC. C'est vouloir confier à l'institution un « contrôle économique » des chômeurs et impliquer les confédérations syndicales dans une logique de sanction* »³³⁰. De même, pour ce syndicat, « *non seulement le MEDEF entend faire de l'UNEDIC un relais en matière de placement des demandeurs d'emploi, mais, de surcroît, il veut doter l'institution d'une capacité de sanction à l'égard des « mauvais chômeurs* »³³¹, faisant « *de la bonne conduite du « bénéficiaire » dans sa recherche d'emploi comme dans sa docilité à accepter n'importe quel emploi* »³³² une condition de l'accès au droit à indemnisation.

1.1.2. Dans la deuxième version de convention

Face au refus d'agrément, les signataires vont donc revoir leur copie, sur les questions de contrôles et sanctions qui nous occupent, comme sur d'autres points³³³. S'agissant de la responsabilité de la sanction (UNEDIC ou services de l'Etat), la nouvelle proposition de convention et règlement signée le 23 septembre distingue deux catégories de manquements du demandeur d'emploi à ses engagements, donnant lieu à deux procédures distinctes de sanctions.

La première catégorie concerne les personnes qui ne respectent pas *les obligations dictées par le Code du Travail* (Rég.-art.19-§1). Ces personnes relèvent alors d'un dispositif de sanction qui prévoit l'instruction par l'ASSEDIC du dossier, qui ensuite « *propose à l'autorité administrative l'exclusion temporaire ou définitive du revenu de remplacement* » (Rég.-art.20-§1). L'administration est donc seule à décider des sanctions pour cette catégorie particulière de demandeurs d'emploi contrevenant à leurs engagements prévus par le Code du travail.

La seconde catégorie de chômeurs contrevenant à leurs obligations, concerne les demandeurs d'emploi qui ne respectent pas *les engagements liés au PAP*. Dans ce second cas, l'ASSEDIC décide de son propre chef de la suspension du versement de ses allocations. Si, au bout d'un mois, la situation du demandeur d'emploi n'est pas régularisée, « *l'ASSEDIC transmet le dossier à l'autorité administrative avec une proposition d'exclusion temporaire ou définitive du revenu de remplacement* » (Rég.-art.20-§2).

Dans cette version remaniée de la convention, l'ASSEDIC n'a clairement aucun pouvoir de *suppression* des allocations. De même, le pouvoir de *suspension* des allocations par les ASSEDIC est limité aux demandeurs d'emploi qui contreviennent à leurs obligations liées au PAP. Ainsi, la structure des types de contraventions aux obligations et le pouvoir de sanction associé retrouve, dans la seconde version de la convention 2000, ses principes formels de 1997 (sauf pour le refus de formation qui relève désormais de l'ASSEDIC dans la cadre du PAP et non plus des pouvoirs publics comme auparavant). La différence majeure tient dans le fait que l'instauration du PAP multiplie les devoirs et donc les cas possibles de suspension.

Cette nouvelle version de convention sera de nouveau refusée par le gouvernement pour des raisons de financement de l'activation des chômeurs mais également à nouveau parce que « *le texte de l'accord prévoit de durcir les sanctions et de contraindre les chômeurs à accepter des emplois qui ne correspondent pas à leurs qualifications* »³³⁴.

³³⁰ FO, *FO Hebdo*, n°2478, 24 mai 2000

³³¹ FO, *FO Hebdo*, n°2473, 12 avril 2000.

³³² FO, *FO Hebdo*, n°2478, 24 mai 2000

³³³ cf. Jean-Pascal Higelé, *L'alliance MEDEF-CFDT dans la négociation UNEDIC de 2000 : l'affirmation du droit à l'emploi contre le droit au salaire des chômeurs*, Thèse de doctorat, 2004.

³³⁴ Communication du gouvernement du 2 octobre 2000.

1.1.3. Dans la troisième version de convention

La troisième version du texte va de nouveau modifier le régime de sanctions en redéfinissant le pouvoir de suspension par les ASSEDIC dans des termes strictement identiques à la convention de 1997. Seuls la non présentation à un entretien et le non-renvoi de pièces justificatives peuvent donner lieu à une suspension des allocations par les ASSEDIC. L'introduction du PAP n'entraîne aucune nouvelle obligation, donc aucune nouvelle sanction possible, y compris s'agissant du suivi des formations inscrites au PAP³³⁵. Cette troisième convention signée le 19 octobre 2000 sera finalement agréée et appliquée à partir du 1^{er} janvier 2001.

1.2. Le refus légitime d'emploi et la « dégressivité » de l'emploi convenable

Un second sujet de polémiques qui opposa le gouvernement Jospin aux signataires concerne la définition du refus légitime d'emploi et, en creux, de l'offre valable d'emploi. Là encore, les refus successifs d'agrément vont donner lieu à des ajustements.

1.2.1. Dans la première version de convention

Il était prévu dans la première version de convention que le PAP procède par étapes successives, en fonction de la durée de chômage des demandeurs d'emploi concernés. Lors des six premiers mois, le demandeur d'emploi n'a d'obligation d'insertion que vis-à-vis des offres d'emplois « *correspondant à ses compétences professionnelles et à ses qualifications* » qui, par ailleurs, « *doivent être rétribués à un taux de salaire normalement pratiqué dans la profession et la région* » (régl. art.16, §4). Si, dans le cadre de la durée de ses droits, le demandeur d'emploi n'avait pas retrouvé d'emploi au bout de six mois, une deuxième période s'ouvrait, au cours de laquelle « *en contrepartie* » du maintien à l'identique de ses droits, « *le salarié privé d'emploi doit répondre aux propositions d'embauche qui entrent dans le champ de ses capacités professionnelles, conformément au projet d'action personnalisé, ainsi qu'à toute action de formation, de reconversion, de qualification, préconisée lors de l'actualisation du projet d'action personnalisé* » (régl.-art.17, §2). Enfin, au-delà d'un an de chômage, il n'était plus question dans le texte que d'emplois correspondant aux « *aptitudes* » du demandeur d'emploi (art.17, §3). Ce dernier stade de la norme d'emploi convenable n'est pas affirmé avec clarté dans le texte. On peut lire dans l'article 17 : « *Si au-delà de 12 mois suivant la date de signature du plan d'aide au retour à l'emploi et dans la limite de la durée des droits, il n'a pas été possible de proposer à l'allocataire un emploi correspondant à ses aptitudes* ». Le terme « aptitudes » s'appliquerait plutôt à la norme d'emploi requise dans la seconde période du PAP. « Aptitudes » et « capacités professionnelles » seraient alors synonymes et la norme d'emploi convenable ne subirait qu'une seule dégradation.

³³⁵ Cela n'empêche pas cette nouvelle convention comme celle de 1997 d'être en réalité en contradiction avec le Code du travail. Ce dernier n'établit pas le droit à une ASSEDIC de suspendre les versements des allocations d'un demandeur d'emploi. Ce droit de suspension sera d'ailleurs attaqué par les non signataires et les associations de chômeurs dans un recours auprès du tribunal de grande instance (TGI) de Paris et les plaignants obtiendront gain de cause. Le Tribunal explique en effet que la suspension des versements « *dans la mesure où elle prive, ne serait-ce que provisoirement l'allocataire de son revenu de remplacement, est de nature à remettre en cause les droits que ce dernier tient de la loi et ne peut qu'être considérée comme une sanction et non comme une simple mesure de gestion (...)* l'article R 351-33 du Code du Travail attribue au seul préfet compétence pour refuser au travailleur privé d'emploi l'attribution, le renouvellement ou le maintien du revenu de remplacement (...) il s'agit là, d'une compétence exclusive dont les partenaires sociaux ne sauraient disposer de leur propre initiative (...) il apparaît, dès lors, que ceux-ci en confiant cette faculté de suspension à l'ASSEDIC, ont méconnu les dispositions légales » (jugement du 2 juillet 2002). Vérifier si JP contradictoire

Le PAP n'en reste pas moins conçu en trois étapes successives : de zéro à 6 mois, de 6 mois à un an et au-delà d'un an, chaque étape nouvelle étant censée se traduire par une accentuation des efforts de reclassement du demandeur d'emploi. Cette conception d'une progressivité du dispositif d'insertion repose sans équivoque sur une analyse en termes d'« employabilité » des demandeurs d'emploi. On présuppose que le temps de chômage traduit un effritement de « l'employabilité » ou la mise en évidence d'un manque « d'employabilité » présent dès le départ. Cela justifie un effort progressif de l'ANPE et de l'ASSEDIC et une baisse des prétentions du demandeur d'emploi traduite par la dégressivité de la norme d'emploi convenable. Que l'on distingue une ou deux dégradations³³⁶ de la « norme d'emploi convenable » importe peu. Les signataires de la convention, par le règlement qu'ils adoptent le 1^{er} juillet 2000, proposent de remettre en cause la qualification comme norme générale de détermination de l'emploi convenable³³⁷. De fait les critères de légitimité de refus d'une proposition d'emploi sont revus à la baisse avec l'ancienneté dans le chômage : au bout de six mois la déqualification disparaît des critères du refus légitime d'une offre d'emploi.

Notons que cette dégradation de la norme d'emploi convenable avec l'ancienneté du chômage avait été mobilisée par Martine Aubry et Laurent Fabius pour justifier leur refus d'agrément : « *l'article 17 du règlement annexé met en place un mécanisme susceptible d'être utilisé pour contraindre les chômeurs à prendre des emplois ne correspondant pas à leur qualification* »³³⁸. Les signataires vont donc, sur ce point également, devoir modifier leurs projets.

1.2.2. Dans la deuxième version de convention

Les signataires vont donc chercher à répondre aux exigences gouvernementales. Il était reproché à la première version du texte de supprimer la référence à la qualification de la norme d'emploi convenable pour les demandeurs d'emploi dépassant six mois d'ancienneté dans le chômage. Dans la version remaniée du texte, au-delà de six mois de chômage, « *le salarié privé d'emploi doit répondre aux propositions d'embauche qui entrent dans le champ de ses capacités professionnelles, de ses qualifications validées et rétribuées à un taux de salaire normalement pratiqué dans la profession et la région, conformément au projet d'action personnalisé, ainsi qu'à toute action de formation, de reconversion, de qualification, préconisée lors de l'actualisation du projet d'action personnalisé* » (régl.-art.17-§2). Lorsque le chômeur dépasse douze mois d'ancienneté dans le chômage, les efforts de reclassement doivent aboutir à une « *embauche compatible avec son niveau de qualification professionnelle, sa formation antérieure ou son projet de reconversion. Cet emploi est normalement rétribué* » (régl.-art.17-§3).

La convention réintègre donc les qualifications du salarié privé d'emploi ainsi que le niveau de salaire dans la définition de l'emploi convenable, quelle que soit l'ancienneté dans le chômage. Toutefois la référence au « *champ des capacités professionnelles* » du demandeur d'emploi pour les personnes au chômage depuis plus de six mois paraît peu appropriée lorsque le texte fait également référence à ses qualifications. Cette ambiguïté conduira d'ailleurs les ministres Aubry et Fabius à

³³⁶ Pour exemple, Carole Tuschzirer fait état de deux dégradations successives : Carole TUSCHZIRER, « La nouvelle convention d'assurance-chômage : Le Pare qui cache la forêt », *Mouvements*, mars-avril 2001.

³³⁷ Lorsque l'on connaît, en France, le lien qui unit le salaire à la qualification, l'idée de se passer de la référence à la qualification dans l'organisation du retour en emploi des chômeurs n'implique pas seulement la négation du libre choix d'emploi mais également le niveau de son salaire. Par ailleurs, une telle remise en cause de la référence à la qualification pose la question de l'évaluation du refus légitime d'emploi. Autant la qualification constitue un critère objectivable et se trouve définie avec précision par la négociation collective, autant le « *champ des capacités professionnelles* » laisse une liberté d'interprétation quant à l'évaluation de la légitimité d'un refus opposé par un demandeur d'emploi de donner suite à une offre.

³³⁸ Lettre de Martine Aubry et Laurent Fabius adressée aux huit organisations négociatrices de la convention, publiée dans *Droit Social*, n°9-10, septembre-octobre 2000 et dans *Liaisons sociales document*, n°63, cahier joint au n°13214, 11 août 2000.

réitérer leur reproche lorsqu'ils formuleront leur second refus d'agrément³³⁹ : « *après six mois sans emploi, les chômeurs devraient en effet, sous peine de se voir supprimer leur allocation, accepter tous les emplois correspondant à leurs capacités professionnelles* ».

1.2.3 Dans la troisième version de convention

Le texte de la troisième version de la convention reste identique à un seul point près : « *qualifications validées* » devient « *qualifications résultant de ses diplômes, de ses acquis et de son expérience professionnelle* ». Le reproche fait par le gouvernement aux signataires, de se référer aux « *capacités professionnelles* » ne trouve donc aucune réponse, puisque le terme reste inscrit dans les mêmes conditions dans cette nouvelle version du texte. Cela n'empêchera pas l'agrément du texte. Pour autant, dès la seconde version de convention et contrairement à ce qu'avancait le gouvernement, rien ne pouvait laisser présumer le primat des « *capacités professionnelles* » sur les qualifications. Pourquoi lorsque le texte impose en même temps la référence à la qualifications et aux capacités professionnelles, les secondes l'emporteraient ? Et ce tant dans les jugements en cas de contentieux sur le sujet que dans les pratiques des intermédiaires de l'emploi qui peuvent trouver dans la qualification un point d'appui objectif pour leur pratique professionnelle que la notion de capacité professionnelle ne possède pas d'emblée.

1.3. L'échelle progressive de sanction

Le second paragraphe de l'article 19 du règlement annexé au premier projet de convention proposait, dans la droite ligne de la proposition du Medef³⁴⁰, de rendre progressive les sanctions à l'égard des chômeurs refusant une offre d'emploi :

- « § 2 – *Le refus opposé, sans motif légitime, par l'allocataire d'accepter une proposition d'embauche correspondant au projet d'action personnalisé, entraîne pour l'intéressé :*
- *l'envoi d'une lettre de rappel des engagements réciproques prévus par le plan d'aide au retour à l'emploi à la suite du premier refus ;*
 - *une réduction de 20% des allocations à la suite du deuxième refus ;*
 - *la suspension des allocations à la suite du troisième refus ;*
 - *la suppression des allocations au quatrième refus. »*

Cette disposition, bien que n'étant pas dénoncée en tant que telle par le gouvernement Jospin, disparaîtra dès la seconde version de convention proposée par les signataires. En effet, la responsabilité de la sanction en cas de refus d'emploi revenant dans le giron des services de l'Etat, il n'est plus lieu que les partenaires sociaux ne définissent des règles concernant les sanctions en ce domaine. Mais soulignons pour la suite que cette proposition fut avancée et défendue par les signataires comme une amélioration du système de sanction à l'avantage des chômeurs. Par exemple, pour la CFDT « *le code du travail prévoit déjà toute une série de contraintes et d'obligations pour les demandeurs d'emplois. Il prévoit également des sanctions lorsque le demandeur d'emploi ne respecte pas ses obligations. Le Pare se réfère au code du travail et prévoit de mettre en place des mesures plus favorables aux demandeurs d'emploi* »³⁴¹.

³³⁹ Refus d'agrément médiatisé au travers d'une communication du gouvernement (retranscrite dans *Liaisons sociales document*, n°83/2000, cahier joint au n°13251, 9 octobre 2000, pp.17-18).

³⁴⁰ Le document de travail du MEDEF édité pour la négociation du 3 mai 2000 propose précisément la progressivité de la sanction : « *au xème refus dans les trois mois du contrat, vos allocations seront réduites de x %. Si vous refusez une xème offre d'emploi dans les x mois, vos allocations seront suspendues et vos droits aux allocations ne seront réouverts que si vous apportez la preuve que vous cherchez effectivement un emploi. Au xème refus dans les x mois de la signature du contrat, vos allocations seront supprimées* ».

³⁴¹ CFDT, *Social Actualité*, n°151, avril-juin 2000

1.4. Les acteurs de la délibération politique à l'Unedic en 2000

En résumé, des trois propositions des signataires qui nous intéressent pour aborder la réforme de 2005 des dispositifs de contrôle et de sanction des chômeurs, à savoir la compétence de l'UNEDIC en matière de contrôle et de sanction, la « dégressivité » de la norme d'emploi convenable à mesure de l'ancienneté du chômage et enfin la progressivité des sanctions, aucune n'a résisté à l'examen gouvernemental. Le même constat peut d'ailleurs être porté s'agissant de l'autre sujet majeur qui opposa le gouvernement aux signataires à l'époque, à savoir le financement de l'activation (Cf. Freyssinet, 2002 ; Higelé, 2004). Ce retour sur la négociation de 2000 permet de poser les premières questions sur la délibération politique en matière de traitement du chômage dans le contexte du régime UNEDIC. Car, au delà de la définition du contenu de la convention, ce sont les stratégies que les acteurs mettent en place dans ce contexte conflictuel qu'il est intéressant d'observer.

Face au gouvernement, les signataires de l'accord du 14 juin (CFDT, CFTC, MEDEF, CGPME et UPA) vont faire le choix délibéré de l'unité d'action. Le 24 juillet 2000, à la réception de la lettre de refus d'agrément, les signataires publient un communiqué commun dans lequel ils mentionnent que « *l'ensemble des arguments avancés pour justifier cette décision apparaissent aux organisations signataires, infondés, erronés et de mauvaise foi* »³⁴². Au-delà des premiers contre-arguments avancés³⁴³, l'élément à retenir de ce communiqué est qu'il est signé en commun par les cinq organisations signataires. Le patronat et les syndicats signataires forment désormais un groupe commun d'intérêts, dépassant le clivage traditionnel syndicats-patronat. Ainsi, ils décident ensemble de suspendre leur participation aux instances de l'UNEDIC. Désormais, patronat, CFTC et CFDT agiront dans l'unité pour faire reconnaître la validité de leur accord du 14 juin 2000³⁴⁴.

De leur côté, les non-signataires (FO, CGT et dans un premier temps CFE-CGC), vont prendre un certain nombre d'initiatives (proposition de socle commun du régime d'assurance-chômage alternatif au projet des signataires, appel à la réouverture des négociations). Mais force est de constater l'échec de leurs tentatives d'immixtion dans le face-à-face Etat-signataires qui sera le véritable lieu de (re)définition du contenu de la convention. La « convocation » par les signataires à discuter le 22 septembre 2000 un texte élaboré sans la participation de la CGT, de FO et de la CGC, traduit cet état de fait. Les non-signataires sont restés prisonniers de la stratégie des signataires qui consistait à refuser la réouverture des négociations avec l'ensemble des organisations représentatives, au nom de l'illégitimité de refus d'agrément. Les non-signataires ont été incapables d'infléchir cette position des signataires. De même, le gouvernement, tout en appelant à trouver un accord recueillant une approbation plus large, en émettant le souhait d'une rediscussion du projet entre les partenaires sociaux, n'a jamais soutenu la renégociation de l'accord du 14 juin 2000 dont il partageait l'essentiel de la philosophie, laissant ainsi les non-signataires dans une situation de faiblesse. Le face-à-face Etat-signataires n'étant pas dépassé, la CGT, la CFE-CGC et Force Ouvrière sont restées hors jeu, enfermées dans un rôle subalterne de groupe de pression, presque au même titre que les organisations de chômeurs ou que les partis de gauche qui se sont également mobilisés contre le projet des signataires. Les syndicats non-signataires se révèlent aussi incapables de peser sur l'issue des événements que la nébuleuse d'organisations qui prennent position ou s'activent autour des négociations à l'époque.

Dans le cas précis de l'UNEDIC, en 2000, le gouvernement Jospin a, à proprement parler, imposé aux signataires toute une série de modifications en les obligeant par deux fois à réécrire la convention. L'Etat a obtenu des transformations sur deux points essentiels : le financement de l'activation des chômeurs et, pour ce qui nous concerne, les pouvoirs de contrôle et de sanction qui restent dans la dernière version du texte strictement identiques à ce qu'ils étaient dans la convention

³⁴² Publié dans *Liaisons sociales document*, n°63, cahier joint au n°13214, 11 août 2000.

³⁴³ Une lettre signée de l'ensemble des signataires, datée du 1^{er} août 2000, développera plus en détail ces arguments.

³⁴⁴ A l'exception du fait que la CFTC annoncera le 28 août, à l'inverse des positions de la CFDT et du patronat, son retour dans les instances de l'UNEDIC (Cf. *Liaisons sociales, Bref social*, n°13223, 30 août 2000).

de 1997. On doit en outre ajouter à « l'actif » du gouvernement Jospin, l'élargissement de la première filière d'indemnisation. De toute évidence, sans être officiellement négociateur ou rédacteur de la convention le gouvernement a pesé de tout son poids sur la définition du contenu de la convention. Le paritarisme avait les allures d'un tripartisme. Plus précisément, le gouvernement Jospin apparaissait comme une troisième partie prenante de la négociation, mais une partie particulière par rapport aux organisations syndicales et patronales : le gouvernement ne négocie pas. Il a adopté l'attitude d'une sorte de « juge en dernier ressort » et n'a agréé le texte qu'à partir du moment où il a obtenu ce qu'il souhaitait, aucun réel compromis n'a été véritablement accompli. Comme le résume Dominique-Jean Chertier, « *"l'ultima ratio" de tout dialogue social, en France, reste la Loi. Le contrat reste un complément ou un élément subalterne et les partenaires sociaux ne disposent pas d'une réelle "autonomie collective" (...) le système français est caractérisé par un tripartisme qui ne s'avoue pas comme tel* »³⁴⁵. Ainsi, en matière de contrôle et de sanction qui nous intéresse plus précisément, il y a une proposition de réforme de la part des « partenaires sociaux » (le MEDEF a avancé son projet sur les modalités de sanction, les signataires l'ont adopté en l'amendant), mais le gouvernement a refusé toute transformation, et a contraint les signataires à revenir aux strictes modalités de la convention précédente.

Conclusion

Lors de la négociation UNEDIC de 2000, nous étions loin de la décision partagée que le discours sur la gouvernance prône. Sur les sujets que nous avons détaillés et au-delà, nous avons affaire à trois groupes d'acteurs distincts par leur rôle et leur poids quant aux règles qui s'appliqueront finalement aux demandeurs d'emploi : les signataires, les non-signataires et l'Etat. Notons en premier lieu que nous ne retrouvons pas véritablement les oppositions habituellement admises dans l'analyse de la négociation collective qui pose généralement en principe l'antagonisme des représentants des travailleurs et des représentants des employeurs. L'opposition dépasse ici le clivage syndicat-patronat pour se redéfinir en un antagonisme signataires/non-signataires.

Nous avons eu l'occasion de l'évoquer s'agissant du contenu des modalités d'indemnisation du chômage en général, signataires et non signataires sont dans des positions bien distinctes. Les non-signataires se sont retrouvés en situation de « hors-jeu », incapables d'infléchir sensiblement le contenu de la négociation, et dont nous avons vu dans la première partie de ce rapport les causes à travers l'énoncé de déterminismes institutionnels. Ainsi, seuls les signataires avaient une maîtrise du contenu de la négociation, et plus précisément, le partenaire privilégié du patronat. C'est un premier enseignement et une première piste de réflexion sur les formes de la délibération politique à l'UNEDIC. L'idée que toutes les parties prenantes de la négociation (nous n'entrons même pas dans le questionnement sur le caractère restreint du nombre de participants à la négociation et notamment sur l'absence des organisations de chômeurs qui réclament de participer aux négociations) auraient droit au chapitre semble, dans le cas de la négociation de 2000 en tout cas, battue en brèche. Le débat s'est concentré entre les signataires et l'Etat, évacuant les non-signataires du jeu.

Le second enseignement et la seconde piste de réflexion à laquelle soumettre l'analyse de la réforme 2005 du contrôle des chômeurs qui nous intéresse plus particulièrement dans cette partie, est que les signataires imposent certes leur point de vue (ignorant les non-signataires) mais dans les limites imposées par le gouvernement. La véritable négociation n'a pas eu lieu entre les organisations syndicales et patronales mais entre les signataires et le gouvernement. Et encore, le terme de négociation semble ici galvaudé puisque le gouvernement a attendu que ses *desiderata* soient satisfaits pour accorder l'agrément nécessaire à l'application de la convention UNEDIC. En somme, le gouvernement a gouverné, il a imposé son point de vue. On est loin de la coopération entre acteurs définissant des solutions partagées.

³⁴⁵ Dominique-Jean Chertier, *Pour une modernisation du dialogue social*, rapport au Premier Ministre, 31 mars 2006, p.15.

Ne précipitons pas les conclusions. L'objectif premier de ce premier exposé sur les débats de 2000 quant aux modalités du contrôle et des sanctions des demandeurs d'emploi vise d'abord à définir les voies d'entrées analytiques pour interroger la réforme de 2005 du système de contrôle et de sanction des demandeurs d'emploi. Et c'est à l'aune de cette diffusion des modalités proposées en 2000 dans la réforme 2005 que nous voudrions interroger le rapport qui unit l'Etat aux acteurs non-étatiques de la délibération politique sur le traitement du chômage.

2. ...réintroduites par le gouvernement Raffarin

En 2005, le gouvernement Jospin n'est plus depuis longtemps. Le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin fait adopter la loi de programmation pour la cohésion sociale le 18 janvier 2005 par le Parlement. Cette loi aborde de nombreux points répartis en trois grands thèmes : l'emploi, le logement et l'égalité des chances. Nous retiendrons ici la seule partie, inscrite dans le volet emploi, qui concerne les transformations des modalités de contrôle et de sanction des chômeurs. Cette réforme 2005 du contrôle des chômeurs renforce encore la logique qui prévaut depuis 25 ans en matière du traitement social du chômage. Appuyés notamment sur la notion d'employabilité qui s'est imposée comme outil de diagnostic des difficultés d'emploi tout en modifiant son propre sens (d'un indicateur statistique dans les années 1960 et 1970, l'« employabilité » s'est muée à partir des années 1980 en outil cognitif focalisé sur les caractéristiques individuelles du chômeur³⁴⁶), les pouvoirs publics ont reporté sur les demandeurs d'emploi la responsabilité de leur chômage et en conséquence des moyens du retour en emploi. L'adaptation des chômeurs aux exigences des employeurs est apparue comme la voie pertinente de l'action contre le chômage, à défaut de réussir à lutter contre la cause première du chômage qui reste la pénurie d'emploi. La réforme Borloo s'inscrit dans ce mouvement historique du traitement du chômage en accentuant encore l'injonction d'adaptation faites aux chômeurs, plus particulièrement en leur imposant de nouvelles concessions quant aux exigences qu'ils pourraient faire valoir s'agissant de leur réinsertion professionnelle.

Ainsi la loi va modifier le Code du travail dans le sens d'un renforcement du contrôle quant à la « sincérité » et au degré d'investissement du chômeur dans sa recherche d'emploi. Quelques amendements au Code du Travail permettent au législateur d'insister sur l'effort que doit fournir le demandeur d'emploi.

Depuis la loi du 31 décembre 1992, il est exigé du demandeur d'emploi qu'il fournisse des éléments tangibles prouvant les efforts menés pour retrouver un emploi, ce que la loi nomme « les actes positifs de recherche d'emploi ». Le chômeur doit ainsi prouver qu'il recherche activement un emploi. Le législateur, en modifiant le Code du travail (L.311-5) par l'article 11 de loi du 18 janvier 2005, insiste sur le repérage des chômeurs découragés (recherche des faux chômeurs pour les uns, culpabilisation des chômeurs pour les autres) et réclame désormais « *l'accomplissement d'actes positifs et répétés en vue de retrouver un emploi, de créer ou de reprendre une entreprise* ».

Cet ajout au Code du travail n'est pas un élément qui transforme radicalement l'exigence formelle quant aux preuves de l'effort de reclassement. Mais il traduit bien l'état d'esprit du législateur qui voit dans les efforts fournis par le chômeur la voie de résorption du chômage (ou du taux de chômage, compte tenu des effets possibles en termes de radiation³⁴⁷). L'ensemble de la réforme de contrôle et de sanction des chômeurs vise bien à accélérer le reclassement au détriment des exigences du demandeur d'emploi ou, en cas contraire, à rejeter des listes des chiffres officiels du

³⁴⁶ Cf. Raymond Ledrut, *Sociologie du chômage*, PUF, 1966 ; Bernard Gazier, « L'employabilité : concept en mutation », *Sociologie du travail*, n°4, 1990 pp.575-584. ; Serge Ebersold, *La naissance de l'inemployable*, Rennes, PUR, 2001, 208 p.

³⁴⁷ En juin 2006, les principales organisations syndicales de l'ANPE ont appelé à la grève contre la transformation de la mission des agents en « *flicage* » des chômeurs.

chômage ces « faux chômeurs » dont la définition s'élargit à mesure que la détermination de l'emploi convenable devient de plus en plus souple.

L'insistance du législateur sur les efforts à accomplir en vue de retrouver un emploi et en lien la dégradation de l'offre valable d'emploi, va s'accompagner d'une réforme des modalités de contrôle et de sanction des demandeurs d'emploi qui encadrent justement le jugement de la légitimité des refus d'emploi (ou de formation). Or les dispositifs mis en œuvre par cette réforme 2005 des modalités de contrôle et de sanction des chômeurs résonnent fortement avec les propositions formulées par les signataires de l'accord UNEDIC de 2000. On retrouve les trois idées forces qui structuraient le projet des signataires en la matière à l'époque : dégressivité de l'offre valable d'emploi avec l'ancienneté dans le chômage, responsabilité de l'UNEDIC et échelle progressive de sanctions. La réforme 2005, à ce titre, interroge les modalités de la délibération politique sur le traitement du chômage (et de la diffusion d'une proposition d'un acteur à l'autre).

2.1. L'offre valable d'emploi revue à la baisse : le retour de la dégressivité de l'emploi convenable

Si l'offre valable d'emploi n'a pas donné lieu à définition lors de la négociation de la convention UNEDIC de 2006 malgré la demande de la CGT d'inclure ce sujet dans la négociation, le Code du Travail modifié par la loi de Cohésion sociale et le décret du 2 août 2005 relatif aux contrôle et aux sanctions des demandeurs d'emploi, en propose nécessairement « en creux » une définition. La norme d'emploi convenable³⁴⁸ du Code du Travail est celle d'un emploi, quelle que soit la durée du contrat de travail offert, devant être compatible avec la spécialité ou la formation antérieure du demandeur d'emploi, avec ses possibilités de mobilité géographique compte tenu de sa situation personnelle et familiale, et rétribué à un taux de salaire normalement pratiqué dans la profession et la région (L311-5). Mais pour préciser la teneur de l'offre valable d'emploi légale, il faut plus particulièrement en référer aux motifs de radiation de la liste des demandeurs d'emploi et de suppression ou réduction du revenu de remplacement.

Le décret en Conseil d'Etat élargit le sens de cette offre valable d'emploi. En effet, le texte introduit comme motif de radiation le refus sans motif légitime d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation (décret du 2 août 2005 - art.3c). Une des caractéristiques de ces contrats sont pourtant d'établir le salaire non pas « à un taux de salaire normalement pratiqué dans la profession et la région » mais à un pourcentage du SMIC variable selon l'âge. La norme d'emploi convenable « générale » trouve ici une première entorse. A cet égard, la Circulaire DGEFP (dite circulaire Gaeremynck du nom du délégué général à l'emploi) établit clairement une égalité de manquement entre le refus d'emploi et le refus d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation, mais également le refus d'un emploi aidé, impliquant bien que la nature du contrat et ses conséquences salariales ne peuvent être avancées par le demandeur d'emploi pour opposer un refus légitime d'emploi, dans la mesure ou celui-ci entre dans les critères des publics bénéficiaires de l'emploi aidé.

Les refus d'emploi sont en outre désormais jugés non plus à l'aune de la spécialité ou de la formation *antérieures* du demandeur d'emploi mais *actuelles*. L'emploi passé et la qualification qui lui est liée ne peuvent donc plus être la référence de l'emploi que le chômeur peut espérer.

³⁴⁸ L'« emploi convenable », de même que la notion d'« offre valable d'emploi » mise en avant par la CGT lors de la négociation 2005, n'a pas d'existence juridique en France. Le terme d'emploi convenable appartient toutefois au vocabulaire de l'OIT qui utilise le terme dans la convention n°88 du 9 juillet 1948, ratifiée par la France, et consacrée au service de l'emploi. Cette notion traduit les exigences qualitatives nécessaires à rendre le contenu de l'emploi socialement acceptable.

Le refus d'emploi est également apprécié au regard des « *possibilités de mobilité géographique* » du chômeur. Si la mesure du refus tient toujours compte comme par le passé de la situation personnelle et familiale des demandeurs d'emploi, la nouveauté introduite en 2005 tient dans le fait que cette même exigence de mobilité doit aussi être appréciée au regard « *des aides à la mobilité qui leur sont proposées* ».

En dernier lieu la norme d'emploi convenable est dégressive dans le temps au regard du refus légitime d'emploi. La circulaire DGEFP indique que « *pour statuer sur ce refus d'emploi* », s'agissant des « *offres d'emploi qui s'éloigneraient de la cible définie initialement [dans le PPAE, ndlr], il convient de tenir compte de l'ancienneté dans le chômage : ainsi un demandeur depuis plus de 6 mois, ou a fortiori de plus de 12 mois, doit envisager plus facilement une réorientation s'il apparaît que celle-ci est nécessaire compte tenu des caractéristiques du bassin d'emploi* ». Cette disposition rappelle la proposition de dégressivité de l'emploi légitime selon la durée de chômage, formulée par les signataires de la convention UNEDIC de 2000 dans sa première version. Le principe sous-jacents aussi bien à la proposition des partenaires sociaux en 2000 qu'à la circulaire de la DGEFP en 2005 est la dégradation de l'employabilité et donc de l'exigence légitime du chômeur en termes d'emploi convenable. Outre la mécanique de « dégressivité » de l'offre valable d'emploi³⁴⁹, il est intéressant de relever qu'une proposition des partenaires sociaux, « mise au rancart » en 2000, va finalement aboutir en 2005 dans une version un peu différente grâce à l'intervention des pouvoirs publics. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

L'offre valable d'emploi voit donc sa définition élargie à plusieurs égards. Premièrement, le « taux de salaire normal » subit quelques distorsions à la baisse en intégrant certains contrats aidés dans la liste des offres valables d'emploi. Deuxièmement, le poste précédemment occupé n'est plus nécessairement la référence du poste que l'on peut espérer compte tenu de l'actualisation de la définition de la qualification et formation du demandeur d'emploi. Enfin, l'espace du refus légitime d'emploi (en termes de qualification et d'éloignement) s'effrite avec le temps de chômage comme avec le renforcement des exigences de mobilité. La redéfinition des causes de radiation est l'élément principal contribuant dans cette réforme 2005 à rogner, au nom de la lutte contre le chômage, l'espace du refus légitime d'emploi.

2.2. La responsabilité de la sanction : quel rôle pour l'UNEDIC ?

S'agissant du contrôle, la loi va revenir sur la question de la responsabilité du contrôle des demandeurs d'emploi. Alors qu'elle fut cause d'un conflit ouvert entre le gouvernement de Lionel Jospin et les signataires de l'accord UNEDIC de 2000, le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin va prendre parti pour le point de vue général développé cinq ans plus tôt par les partenaires sociaux signataires à l'UNEDIC.

Ainsi, l'article 9 du décret du 2 août 2005, en application de l'article 12 de la loi du 18 janvier 2005, prévoit que « *les organismes de l'assurance chômage mentionnés à l'article L. 351-21 peuvent, à titre conservatoire (...), prendre une mesure de suspension du versement ou de réduction du montant du revenu de remplacement* ».

Nous ne sommes pas avec la loi de Cohésion sociale dans une copie conforme des projets défendus en 2000 par les signataires. Dans la première proposition de convention datée du 28 juin 2000, le règlement annexé avançait l'idée « *d'une convention entre l'UNEDIC et l'Etat (...)* pour définir les modalités de collaboration et de délégation entre les services extérieurs du ministère chargé de

³⁴⁹ On pourrait nous rétorquer qu'une réorientation professionnelle ne signifie pas nécessairement dégradation. Le fait est que les secteurs vers lesquels cette réorientation se fera sont certainement ceux marquées par des pénuries de main d'œuvre comme l'hôtellerie-restauration ou le BTP, peu réputés pour leurs conditions de travail et de salaires.

l'emploi et les ASSEDIC » (Art. 19 § 4) tandis que la nouvelle législation de 2005 ne prévoit pas à proprement parler de délégation de pouvoir. En effet, la décision de sanction par les ASSEDIC est prise « à titre conservatoire et jusqu'à ce que le préfet ait statué sur la situation du demandeur d'emploi (...). Elle cesse de produire effet au-delà d'une durée de deux mois à l'issue de laquelle, en l'absence de décision explicite du préfet, le versement du revenu de remplacement est, en tout état de cause, rétabli » (article 9 du décret du 2 août 2005). La Circulaire DGEFP relative à la réforme du suivi de la recherche d'emploi précise d'ailleurs à cet égard que « la répartition des compétences est donc inchangée. Le nouveau texte introduit seulement dans le code du travail la compétence des ASSEDIC pour prendre à titre conservatoire des mesures portant sur le droit au revenu de remplacement ». Ce que confirme le Conseiller du Cabinet du ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes : « par convention, dès 2001, il y avait possibilité de, pour les ASSEDIC, de saisir les délégations [départementales du travail, ndlr] sur des dossiers précis (...) et il y avait déjà des cas de suspension par convention qui étaient possibles. Donc ces textes là ont été consacrés par la loi, on a dit pour tel motif, il y a saisine, pour tel motif il peut y avoir saisine avec suspension, on a recadré les choses. Et sur ce point là c'est plus une consécration, une précision qu'une nouveauté (...). En terme de procédure, la nouveauté n'est pas dans cette saisine et cette suspension par les ASSEDIC »³⁵⁰.

Toutefois, il est indéniable que l'UNEDIC met un pied supplémentaire dans le champ du contrôle du demandeur d'emploi. Cet engagement de l'organisme d'assurance chômage a d'ailleurs donné lieu à une circulaire interne datée du 6 octobre 2005 chargée d'organiser les missions des ASSEDIC dans le suivi de la recherche d'emploi, précisée par la suite par une circulaire datée du 26 juillet 2006.

La question des cas de suspension est donc au cœur de notre questionnement. Leur définition fut cause de conflit entre le gouvernement Jospin et les signataires en 2000 et donna également lieu à une procédure juridique. Le résultat du bras de fer entre l'Etat et les signataires amena à un retour aux dispositions de la convention Unedic précédente de 1997 : le droit de suspension se limite aux cas de non présentation à un entretien et de non-renvoi de pièces justificatives. Mais la contestation sur le terrain du Droit alla plus loin puisque le TGI de Paris jugea illégal tout droit de suspension, y compris ceux en vigueur dans la convention de 1997.

La réforme législative de 2005 du suivi de recherche d'emploi réintroduit donc le pouvoir de suspension dans des termes proches de ceux de la convention Unedic de 1997. Deux cas de suspension sont retenus :

- en cas de non-réponse à une convocation
- en cas de déclaration inexacte ou mensongère

Au delà de ces deux situations particulières, l'Unedic est toutefois un maillon plus impliqué dans le cadre de la procédure de contrôle des chômeurs, notamment parce que les Assedic ont pour mission de contrôler l'exécution du PAP et désormais du PPAE (y compris en convoquant les demandeurs d'emploi si nécessaire). Ainsi, le réseau des Assedic est un des acteurs des signalements au Préfet quant aux manquements suivants pour lesquels le droit de sanction (même à titre provisoire) relève pourtant du seul pouvoir des services de l'Etat :

- insuffisance d'actes positifs et répétés de recherche d'emploi
- refus d'emploi
- refus d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation
- refus de formation
- refus d'une action d'insertion
- refus d'un contrat aidé

³⁵⁰ Entretien avec les auteurs

Ainsi, sans reprendre trait pour trait les propositions des signataire de l'accord Unedic du 14 juin 2000, l'Unedic devient un maillon important de la chaîne de contrôle et de sanction des chômeurs. Sur le fond, cette intégration plus forte de l'Unedic est conforme à la nouvelle acception du périmètre du service public de l'emploi défini dans la loi de Cohésion sociale de 2005. Cette dernière précise que le service public de l'emploi « *est également assuré par les organismes de l'assurance chômage* » et que « *peuvent également participer au service public de l'emploi les organismes publics ou privés dont l'objet consiste en la fourniture de services relatifs au placement, à l'insertion, à la formation et à l'accompagnement des demandeurs d'emploi, les organismes liés à l'Etat par une convention (...), les entreprises de travail temporaire ainsi que les agences de placement privées* » (art.1-3°). Ce service public de l'emploi élargi partage les responsabilités, y compris de contrôle, et à ce titre, l'Unedic est un élément central de la chaîne.

2.3. La sanction progressive

2.3.1. Sanctionner davantage mais de manière « proportionnée »

S'agissant des sanctions, la loi introduit dans son article 11 la possibilité de réduction des droits : « *le revenu de remplacement est supprimé ou réduit dans les cas mentionnés aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L.311-5* », les conditions et modalités étant renvoyées à un décret du Conseil d'Etat. Celui-ci précise (art.9) qu'en cas de refus illégitime d'emploi, de formation ou d'action d'insertion, « *le préfet réduit de 20 % le montant du revenu de remplacement, pendant une durée de deux à six mois ; en cas de nouvelle occurrence de l'un quelconque de ces mêmes manquements, le montant du revenu de remplacement est réduit de 50 % pour une durée de deux à six mois ou bien le revenu de remplacement est supprimé de façon définitive* ». En cas de refus de présentation à un entretien auprès d'un intermédiaire de l'emploi ou à une visite médicale, « *le préfet supprime le revenu de remplacement pour une durée de deux mois ; en cas de nouvelle occurrence de l'un quelconque de ces mêmes manquements, le revenu de remplacement est supprimé pour une durée de deux à six mois ou bien de façon définitive* ». Enfin, « *en cas de déclaration inexacte ou mensongère du demandeur d'emploi, faite en vue de percevoir indûment le revenu de remplacement, le préfet supprime ce revenu de façon définitive* ». La circulaire DGEFP du 5 septembre 2005 précise les conditions de sanction en cas de manquements répétés. « *La mention « réduction de 50% pour une durée de deux à six mois ou bien suppression définitive » peut être interprétée de la manière suivante : « réduction de 50% de deux à six mois » pour un deuxième manquement et « suppression définitive » pour un troisième* ».

La législation prévoit donc désormais toute une échelle de sanctions à l'égard du revenu de remplacement qui, à l'exception de la fraude qui conduit immédiatement à l'exclusion, sont de plus en plus fortes selon que le demandeur d'emploi commet son premier manquement à ses devoirs ou qu'il est en situation de récidive.

Cette notion de progressivité de la sanction s'applique également s'agissant des possibilités de réinscription sur les listes de demandeurs d'emploi. Le décret prévoit dans son 5^{ème} article qu'une impossibilité de réinscription sur la liste de demandeur d'emploi suite à une radiation fait effet « *pendant une période de quinze jours dans les cas où sont constatés pour la première fois les manquements mentionnés au 1° de l'article R. 311-3-5 [non justification de recherche d'emploi, refus d'emploi ou de formation, ndlr.] ; en cas de manquements répétés, cette période peut être portée à une durée comprise entre un et six mois consécutifs* ». En cas de non présentation à une convocation d'un organisme du service public de l'emploi ou mandaté par lui (y compris visite médicale), ce qui constitue un deuxième groupe de manquement (Cf. circulaire DGEFP du 5 septembre 2005), la réinscription est impossible « *pendant une période de deux mois dans les cas où sont constatés pour la première fois les manquements (...); en cas de manquements répétés, cette période peut être portée à une durée comprise entre deux et six mois consécutifs* ».

On retrouve à quelques aménagements et précisions près le projet défendu dans le second paragraphe de l'article 19 du règlement annexé au premier projet de convention avancé par les signataires en 2000.

Une précision sur le sens d'une telle réforme s'impose. De la même manière que les signataires de la première proposition de convention en 2000 arguaient que le dispositif de sanctions progressives, loin de renforcer la contrainte contre les chômeurs, rend au contraire plus mesurée la sanction, la circulaire DGEFP note que la gradation qui « s'appuie à la fois sur l'alternative réduction/suppression des allocations, sur le taux de réduction des allocation et sur la durée de la sanction (...) vise à instaurer une meilleure proportionnalité entre les manquements constatés et les sanctions ». Certes, le Droit prévoyait effectivement, avant la réforme de 2005, la suppression du revenu de remplacement lorsque le demandeur d'emploi ne remplissait pas ses obligations, sans étape intermédiaire avant la suppression pure et simple des droits. Cependant, il n'est pas improbable que des sanctions moins sévères seront plus fréquemment appliquées.

A ce titre, le conseiller en charge de l'assurance-chômage et de l'ANPE au cabinet de Gérard Larcher est clair quant aux intentions répressives du texte. « L'idée principale, c'était de se dire, c'est vrai qu'il y a peu de sanctions par rapport au nombre de contrôles, (...) on était étonné par la faible proportion, par rapport à ce qu'était le contrôle dans d'autres domaines, la faible proportion de sanctions, et notamment par rapport à des comparaisons internationales (...) et donc pourquoi il y a si peu de sanctions ? Est-ce qu'on a des chômeurs particulièrement vertueux en France ? Ou parce que les DTE sont particulièrement laxistes ? Ou est-ce que ce n'est pas le mécanisme lui-même qui est pervers ? Et donc c'était notre conclusion en ce sens où il prévoyait seulement l'exclusion »³⁵¹. La réforme se devait donc de remédier à cette faiblesse du nombre de sanction, faiblesse provoquée selon l'interviewé par un effet pervers du système de sanctions selon lequel on sanctionne moins quand la seule sanction possible est trop forte : « en effet quelqu'un qui, on sent qu'il a besoin d'un petit signal pour le remobiliser, voilà, si le signal c'est l'exclusion, naturellement la personne qui prend la décision se disait que c'était trop, et donc soit ne faisait rien, soit l'avertissait, dans les textes il y avait un courrier d'avertissement, donc il n'y avait pas grand chose ».

La réforme propose au contraire de proportionner la sanction aux manquements. « Les pratiques étaient très divergentes dans les DD [DDTEFP, ndlr]. Il y avait des DD où les gens étaient un peu plus sévères, et donc il y avait beaucoup de sanctions, mais là à l'inverse ils sanctionnaient des gens qui n'avaient pas de manquements importants et ils demandaient l'exclusion. Et ça on le voyait aussi d'un point de vue peut-être plus technique qui remontait des services, là où je travaillais d'ailleurs [avant d'intégrer le cabinet, ndlr] où on traitait les recours, et il y avait une proportion importante de recours qui venait de certains départements et on disait, ils ont tapé un peu fort. Donc on annulait certaines sanctions mais on se disait, ils ont tapé trop fort au niveau de la sanction mais ils n'avaient pas complètement tort, il fallait faire quelque chose ». Le fait de proportionner la sanction au manquement répond à cette exigence : mieux sanctionner pour sanctionner davantage. « Donc l'idée c'était à la fois qu'il y ait moins de sanctions lourdes pour ceux qui étaient sanctionnés aujourd'hui, mais au total qu'il y ait plus de sanctions, c'est à dire que quand il y a un petit manquement, on est sanctionné quand même ».

Au delà de l'augmentation du « taux de sanction » dans les contrôles, l'objet de la réforme est également de renforcer le nombre de contrôle : « l'idée c'est que tout le monde puisse se dire, moi je dois chercher un travail non seulement pour moi, mais bon des gens qui vont aussi, parce qu'ils ont plus de difficultés, vont un petit peu, ça existe, qui vont s'installer dans une situation de demandeur d'emploi, enfin de chômage, et donc que chacun puisse se dire bon un jour je vais peut-être être contrôlé donc il faut que je me bouge, donc il y a cette idée là, donc il faut malgré tout qu'il y ait une grosse initiative de contrôles pour que ce soit crédible »³⁵².

³⁵¹ Entretien du 1^{er} juin 2006.

³⁵² Entretien du 1^{er} juin 2006.

2.3.2. Un premier bilan

De fait, dans le bilan publié par le Ministère délégué à l'Emploi (G. Larcher), comparant le premier semestre 2005 au premier semestre 2006³⁵³, bien que le document précise qu'il s'agit d'une « période encore transitoire », on observe une explosion du nombre de sanctions (+75,2%) et tout particulièrement à l'encontre des bénéficiaires de l'ARE chez qui le nombre de sanction double presque (+96,3%), alors même que le nombre de décisions des Préfets a baissé de 13,7%.

L'objectif affiché par le conseiller du Cabinet du Ministère délégué à l'Emploi en charge de l'Unedic et de l'ANPE « *qu'il y ait plus de sanctions, c'est à dire que quand il y a un petit manquement, on est sanctionné quand même* » est donc de ce point de vue rempli. Et si le Ministère estime que l'étude sur la période du 1^{er} semestre 2006 « *est assez significative après les premiers mois de mise en œuvre progressive de la réforme du 2 août 2005* », il est imaginable que s'agissant d'une période encore transitoire, en « rythme de croisière », le nombre de sanctions augmente encore³⁵⁴.

	1er semestre 2005	1er semestre 2006	Ecart	en %
Décisions des Préfets				
(Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle)	63 236	54 553	-8 683	-13,7
Dont avertissements*	8 853	0	-8 853	-100
Dont sanctions prononcées	13 261	23 240	+9 979	+75,2
Bénéficiaires de l'ARE** (allocation d'assurance chômage)	9 915	19 468	+9 553	+96,3
Bénéficiaires de l'ASS*** (allocation de fin de droit)	3 346	3 772	+426	+12,7

Source : DGEFP (Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle)

Mais la volonté de sanctionner davantage reposait sur le fait « *qu'il y ait moins de sanctions lourdes pour ceux qui étaient sanctionnés* », ceci étant permis par la mise en place d'un progressivité de la sanction. Il faut préciser que le décret de août 2005 s'il a conduit à la mise en place de l'échelle progressive de sanctions a aussi conduit à la suppression de l'avertissement (lettre de rappel des obligations du demandeur d'emploi) qui était une forme de décision possible que les préfets pouvaient prendre avant la réforme.

Nature des sanctions prises par les DDTEFP au cours du 1^{er} semestre 2006 (source : DGEFP)

Types de sanctions	ARE	Pourcentage	ASS	Pourcentage	TOTAL	Pourcentage
Réduction temporaire	9231	47,4	1865	49,4	11 096	47,7
Suppression temporaire	9512	48,9	1334	35,4	10 846	46,7
Suppression définitive	725	3,7	573	15,2	1 298	5,6
Total	19468	100	3772	100	23 240	100

³⁵³ Bilan sur 25 régions françaises hors Guyane

³⁵⁴ A moins de considérer, à l'instar du directeur du service des affaires juridiques de l'UNEDIC, que « *quand on est capable de suivre les gens et qu'on a des outils pour acter des processus, des démarches, des projets, c'est très dissuasif, ça conduit les intéressés à mettre en œuvre ce qu'on leur demande. Donc en fait, quand on a un système qui est très outillé et où on est capable de suivre les gens de manière individuelle, les sanctions deviennent quasiment sans objet parce que les comportements s'adaptent* » (entretien par l'auteur, 25 juillet 2006).

L'effet de l'introduction d'une échelle de sanction a eu pour effet de réduire drastiquement le nombre de suppression définitive. Il faut toutefois noter que la suppression définitive peut sanctionner la récidive dans le manquement du demandeur d'emploi à ses obligations ce qui alors que le nouveau système de sanction n'en est qu'à sa mise en place, n'est pas sans conséquence. En effet, une circulaire de la DGEFP³⁵⁵ précise le texte du décret en indiquant à l'attention des préfets, de l'Unedic et de l'ANPE que dans ce décret, « la mention « réduction pour une durée de 50% pour une durée de deux à six mois ou bien suppression définitive » peut être interprétée de la manière suivante : « réduction de 50% de deux à six mois » pour un deuxième manquement et « suppression définitive » pour un troisième ». Le fait que nous soyons dans une période transitoire au moment de l'étude risque de conduire à une sous-évaluation de la récidive et donc du nombre de suppressions définitives.

S'agissant des bénéficiaires de l'ARE, la suppression définitive est extrêmement minoritaire (3,7% des sanctions), tandis que chez les bénéficiaires de l'ASS, ce taux monte à 15,2%. On peut supposer que ces derniers sont plus nombreux à être découragés et donc à multiplier les manquements.

Enfin, le document du Ministère délégué à l'emploi précise que « au cours du 1^{er} semestre 2006, les Assédics ont prononcé 13 262 mesures provisoires » c'est-à-dire de suspension des allocations en cas d'absence à convocation par l'Assedic ou de fraude. La possibilité faite aux Assedic de sanctionner à titre conservatoire les demandeurs d'emploi est donc non seulement utilisée mais, précise le document du Ministère, cette possibilité a été utilisée dans tous les dossiers pour lesquels elle était autorisée. Nous ne savons toutefois pas comment ces suspensions se sont ensuite traduites en termes de sanction par les préfets.

Un renforcement du contrôle, des sanctions moins dures mais plus nombreuses, cette ligne de conduite est cohérente avec d'autres décisions qui accompagnent cette réforme. Il en va ainsi du décret du 22 décembre 2005 qui permet aux « agents relevant du ministre chargé de l'emploi (...) [de] se faire communiquer par les administrations fiscales, en cas de présomption de fraude, toutes données et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission » (art.1).

Conclusion

La réforme du suivi de recherche d'emploi renforce donc fortement le contrôle et les sanctions à l'encontre des demandeurs d'emploi jugés insuffisamment actifs dans leur volonté de retrouver un emploi. Le renforcement d'autant plus pesant que jamais les motifs de refus légitimes d'emploi n'ont été aussi restreints, compte tenu de la nouvelle norme d'emploi convenable que définit par défaut le Code du travail. Mais au delà du contenu de la réforme, c'est à l'égard de l'analyse de la délibération politique sur le traitement du chômage que nous voudrions tirer des leçons de ces rénovations des règles du contrôle et de la sanction. De ce point de vue, l'élément premier à retenir est bien celui de la réappropriation par le gouvernement Raffarin en 2005 de propositions faites en 2000 par les signataires et rejetées à l'époque par le gouvernement Jospin. Comment expliquer que la formalisation (au minimum) du rôle des ASSEDIC ou son renforcement dans le système de contrôle et de sanction se soit diffusée de 2000 à 2005 ? Comment expliquer que la proposition des signataires d'établir une échelle de sanction mise au rebut en 2000 réapparaisse dans un décret en 2005 ? Un retour vers les acteurs de 2000 et de 2005 doit nous éclairer sur ce « recyclage » par Jean-Louis Borloo des propositions des signataires de 2000 déboutées par Martine Aubry.

³⁵⁵ Circulaire DGEFP n° 2005-33 du 5 septembre 2005, relative à la réforme du suivi de la recherche d'emploi. Application du décret n° 2005-915 du 2 août 2005

3. Le sens du partenariat social et du dialogue social

Les partenaires sociaux, contrairement à l'ambition de l'accord du 14 juin 2000, n'ont pas eu l'initiative d'une réforme du contrôle et des sanctions des demandeurs d'emploi. Il était imaginable d'envisager que les signataires de la convention de 2000, dont les projets concernant une réforme du contrôle et des sanctions à l'égard des chômeurs avaient été rejeté par le gouvernement Jospin, remettent l'ouvrage sur le métier à la faveur de l'alternance politique en 2002. Or, l'Etat les a précédés sur le sujet en initiant lors de l'été 2005 cette réforme. Si la « méthode », à travers l'initiative en apparence unilatérale de l'Etat, semble en opposition avec l'attachement, fortement revendiqué en 2000 par les signataires de l'accord du 14 juin, à l'autonomie, à l'initiative et à la responsabilité des partenaires sociaux, nous avons vu que le contenu de la réforme du contrôle et de la sanction des demandeurs d'emploi de 2005 a bien des points communs avec les projets des signataires de 2000.

De fait deux réformes « sœurs », ont été portées par les partenaires sociaux dans un cas, sans succès, et pas le gouvernement dans l'autre cas. L'intérêt de l'examen de la réforme du contrôle des chômeurs du point de vue des formes de délibération politique sur l'indemnisation des chômeurs, tient à l'éclairage sur ce paradoxe apparent selon lequel des acteurs sociaux revendiquant - parfois de manière très virulente - une autonomie au nom de la différence d'intérêt intrinsèque à leur nature, puisse porter des projets similaires à ceux de l'Etat. Il est extrêmement difficile de définir, et sans doute nul de sens, la manière dont le projet des signataires de l'accord du 14 juin 2000 en matière de contrôle et de sanction des chômeurs s'est diffusé jusqu'à se retrouver sous une forme proche dans la loi de Cohésion sociale de 2005. Nous pouvons donner certains éléments de compréhension, mais l'essentiel est sans doute d'en tirer des enseignements sur le sens de la délibération politique sur la couverture du chômage en France, et plus généralement sur les relations interprofessionnelles.

3.1. Appréciation de la réforme du contrôle

Les organisations syndicales et patronales ont eu l'occasion en 2000 de débattre vivement des conditions légitimes de contrôle des demandeurs d'emploi et de sanction à l'égard de ceux contrevenants à leurs obligations. Il est à cet égard nécessaire de voir comment cinq ans plus tard, ceux-ci jugent la réforme proposée par le gouvernement Raffarin en la matière.

3.1.1. Du côté des signataires de 2000

Les organisations qui ont porté en 2000 le projet de réforme, lors de la négociation de la convention Unedic du 1^{er} janvier 2001, apportent globalement leur soutien à la réforme d'initiative gouvernementale.

Ainsi la CFDT relève de nombreux points positifs dans le décret d'août 2005 : « *le contrôle est intégré dans le cadre du projet personnalisé d'accès à l'emploi (...) et c'est parce que [la personne au chômage] ne suivra pas son projet qu'elle sera sanctionnée ou pas. (...) Les ASSEDIC sont associés à l'instruction des dossiers de recours (...) ça on était d'accord. Et les demandeurs d'emploi disposent désormais d'un réel droit de recours, c'est parfait* »³⁵⁶. La CFDT, interpellée par le Ministre Gérard Larcher au même titre que les autres organisations syndicales représentatives, a par ailleurs fait ses remarques sur le projet : « *Il y a eu une concertation très forte avec le cabinet de Monsieur Larcher sur cette question (...) le travail, les contacts, les négociations se font avec le cabinet du Ministre et les organisations syndicales et toutes les organisations*

³⁵⁶ Entretien d'Annie Thomas, 11 avril 2006.

syndicales ont été contactées comme nous l'avons été. C'est à dire qu'on a en avant première le projet du texte, donc on fait des propositions, on indique ce qui va et ce qui ne va pas, comment c'était avant, comment c'était après, qu'est ce qui va, qu'est ce qui ne va pas, l'article truc machin. Voilà c'est comme ça que ça se passe. Il y a des vraies modalités de travail en commun ». La CFDT a donc fait part de ses insatisfactions notamment s'agissant du nombre d'infractions susceptibles d'entraîner une sanction, s'agissant de deux formulations ou encore de « *la responsabilité des chefs d'entreprise eu égard aux efforts qui sont demandés aux demandeurs d'emploi à la recherche d'emploi, (...) contrôler que les chefs d'entreprise font leur boulot et en particulier qu'ils reçoivent les gens, qu'ils répondent à leur candidature* ». Seule la demande de contrôle des employeurs n'a pas trouvé d'issue positive : « *là non, car là, c'était politique* »³⁵⁷. La réforme gouvernementale satisfait donc la CFDT dans son contenu, à ce dernier point près.

S'agissant du transfert à l'UNEDIC de la responsabilité du contrôle et de la sanction revendiquée par la CFDT en 2000 et qui avait donné lieu à un conflit avec le gouvernement Jospin, la centrale ne semble plus être dans les mêmes dispositions en 2005. Pour Annie Thomas, « *la position de la CFDT en la matière a changé. La position de la CFDT était (...) de dire qu'on devait donner une forme de contrôle et de sanction plus forte à l'UNEDIC, cette position a changé et donc nous l'avons assumée comme telle et dans le cadre du débat que nous avons eu cet été autour du décret d'août 2005 sur le contrôle à la suite de la loi sur la cohésion sociale. La CFDT s'est exprimée en indiquant que sur un point il nous semblait indispensable que la sanction finale revienne à l'Etat puisque pour nous c'est dans la vocation régaliennne de l'Etat que d'exercer le maintien de l'ordre partout. Et que le paritarisme en la matière ne pouvait pas être juge et partie* »³⁵⁸. Ainsi, la CFDT se déclare également satisfaite sur le monopole en dernier ressort de l'Etat s'agissant de la responsabilité de la sanction.

De son côté, le patronat juge que « *la réforme de l'été 2005 a quand même été un progrès, et notamment le principal progrès, ça a été de proportionner les sanctions* ». Pour autant, celui-ci considère que cette réforme ne permet pas de sanctionner suffisamment les chômeurs contrevenant à leurs obligations : « *Le seul ennui, c'est qu'en 2006, vous avez à peu près la même proportion de radiation pour insuffisance d'emploi [qu'en 2003³⁵⁹] c'est à dire 0,08 ou 0,09% des chômeurs indemnisés, ce qui fait en gros 20 par département et par an. Loin de moi l'idée de considérer que tous les chômeurs sont des fraudeurs (...) mais vous ne ferez croire à personne que sur 1.900.000 ou 1.850.000 chômeurs indemnisés, il y en a 2000 par an qui tirent la ficelle, il y en a plus que 20 par départements* ». Denis Gautier-Sauvagnac apporte une explication d'ordre « culturel » à ce faible niveau de radiation : « *nous sommes dans un pays où les fonctionnaires d'Etat qui sont en charge de la sanction hésitent à le faire. (...) Notre mentalité française fait que nous considérons que nous avons davantage de droits que de devoirs, que le chômeur est une victime, ce qui est vrai, mais comme c'est une victime, nous attachons davantage d'importance à ses droits qu'à ses devoirs* ». Or, pour M. Gautier-Sauvagnac, l'accompagnement sans la menace de sanction est insuffisant car « *encore faut-il que le demandeur d'emploi soit volontaire pour un accompagnement plus structuré, et la majorité ne l'est pas. (...) ça veut dire que, plus de la moitié des demandeurs d'emploi, alors, appelez ça de l'accompagnement, appelez ça de la pression, ça se situe entre les deux bien sûr, mais plus de la moitié des demandeurs d'emploi sont réticents à l'idée d'avoir un contact toutes les semaines avec quelqu'un qui s'occupe de lui* »³⁶⁰.

Le patronat accueille donc favorablement, malgré certaines réserves, le décret de 2005. Toutefois, dans la lignée des projets de signataires de 2000 et à l'inverse de la CFDT qui affirme avoir changé de position sur le sujet, il regrette que la responsabilité du contrôle et des sanctions ne revienne pas

³⁵⁷ Entretien d'Annie Thomas, 11 avril 2006.

³⁵⁸ Entretien d'Annie Thomas, 11 avril 2006.

³⁵⁹ On notera qu'il y a une certaine contradiction entre le fait de soutenir la proportionnalité des sanctions et de regretter que les radiations ne soient pas plus nombreuses, le principe de la proportionnalité des sanctions étant de sanctionner davantage mais par des mesures moins lourdes que la radiation.

³⁶⁰ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

davantage à l'UNEDIC : « *Nous demandons que les payeurs soient les contrôleurs, ce qui nous est refusé par l'Etat et ce qui n'est guère apprécié de nos partenaires syndicaux, car il faut bien reconnaître que ce n'est pas très agréable pour nos partenaires syndicaux d'être contrôleur* »³⁶¹. En cela le patronat, sans toutefois préciser si la sanction doit également être de la responsabilité de l'Unedic, reste fidèle aux principes qui avaient guidé la proposition des signataires en 2000.

3.1.2. Du côté des non-signataires de 2000

FO se réjouit d'abord que l'Etat conserve le rôle final de la sanction : « *la gestion de contrôle du suivi des chômeurs fait partie de la mission régaliennne (...), tout au moins la mission d'ordre public de l'Etat. Pas question de revenir sur ce genre de chose, pour une raison très simple, à notre avis vous ne pouvez pas être assureur et juge. Ce serait trop simple à ce moment là. Quand ça commence à coûter trop cher, vous accentuez la pression. (...) Que lui [à l'Unedic] apporte ce décret [du 5 août 2005 sur le contrôle et la sanction des chômeurs] ? D'une certaine façon ce décret lui apporte un droit de signalement. Voilà c'est tout, mais absolument pas un droit de sanction. Et derrière, c'est l'Etat qui conserve la prérogative en la matière. On a un peu modifié les choses* ». S'agissant de la progressivité de la sanction « *au lieu du marteau pilon pour écraser une mouche, il n'y avait pas le choix, ou on supprimait les allocations, et là il y avait suspension, suppression. On a mis un principe de dégressivité*³⁶². *C'est l'Etat qui a pris l'initiative du principe de dégressivité. Et il est dans son rôle, après on conteste ou on ne conteste pas cette façon de gérer les chômeurs* »³⁶³. Ce que redoute particulièrement Force Ouvrière, c'est la conjonction du système de sanction et de l'apparition d'opérateurs privés de placement des demandeurs d'emploi d'une part et de l'absence de définition de l'offre valable d'emploi d'autre part. « *Le risque qu'il y a avec les sociétés privées de placement. Une société privée, son but c'est de gagner de l'argent. Ca veut dire que si à un moment donné, le chômeur lui coûte trop cher à le reclasser, c'est un mauvais chômeur. Mais elle peut toujours dire et se retourner vers l'UNEDIC et c'est dans la convention qui est passée avec les opérateurs privés : « Ce chômeur ne fait aucun effort pour se reclasser », et à ce moment-là on ouvre un dossier à l'UNEDIC de signalement. Et l'opérateur privé nous dit : « ce chômeur là n'est vraiment pas coopérant pour son reclassement », Monsieur le Préfet on vous signale que telle personne ne fait aucun effort pour se reclasser, donc sanctionnez-le. Mais attendez, vous ne croyez pas qu'à un moment donné, l'opérateur privé qui trouve que ça lui coûte un peu cher de suivre ce chômeur, parce qu'il est difficile à reclasser, ne pourrait pas avoir tendance à faire ce genre de chose, c'est l'ambiguïté dans laquelle on tombe fatalement si on fonctionne dans un système comme celui-là. Et d'une certaine façon l'UNEDIC serait encouragée à faire ce genre de chose, car en plus elle, elle paie l'opérateur privé, mais de manière relativement forfaitaire, c'est à l'opérateur privé de se débrouiller, mais elle, elle continue à indemniser. Donc on a deux éléments qui font qu'on aurait tendance à dire que ça arrangerait beaucoup de monde qu'on serre la vis aux chômeurs. Or, on voit bien qu'aujourd'hui le problème numéro 1 avec le chômage et avec le reclassement des chômeurs, c'est la définition de l'offre valable d'emploi. Qu'est-ce que c'est qu'une offre valable d'emploi ? On sait que 78 % des offres d'emplois (...) sont des CDD de moins de 6 mois, et qu'à l'intérieur de ces 78 %, 53% sont des CDD de moins d'un mois. Est-ce que c'est une offre valable d'emploi ? Parce que le patronat ne veut absolument pas accepter ce genre de définition écrite de manière officielle »³⁶⁴.*

Maurad Rabhi, chef de file de la délégation de la CGT, développe une argumentation similaire à celle de Force Ouvrière : « *Quand vous compilez un peu tout, l'activation pour l'emploi telle qu'il l'appelle, quand vous mettez à côté le contrôle des demandeurs d'emploi et le flou qu'il y a autour*

³⁶¹ Entretien de Denis Gautier-Sauvagnac, 29 janvier 2007.

³⁶² Il s'agit plutôt d'un principe de progressivité de la sanction.

³⁶³ Entretien de Jean-Claude Quentin, 16 septembre 2006.

³⁶⁴ Entretien de Jean-Claude Quentin, 16 septembre 2006.

de l'offre valable d'emploi, et bien vous avez énormément de radiation, vous avez énormément de pression sur le demandeur d'emploi pour qu'il accepte tout et n'importe quoi, vous tirez tout le monde vers le bas et ne donnez aucune perspective »³⁶⁵.

On retrouve donc, aux nuances liées aux différences existant malgré tout entre les projets des signataires de 2000 et le contenu du décret de 2005, des positions et oppositions similaires en 2000 et 2005. Cela laisse supposer que le transfert à l'Etat de la responsabilité d'une réforme du contrôle des chômeurs n'est pas lié à une transformation de la configuration d'acteurs susceptibles de la porter. L'explication n'est donc pas avant tout conjoncturelle mais structurelle et renvoie à la nature même du partenariat social dont il faut penser le sens.

3.2. Le sens du partenariat social et du dialogue social

3.2.1. L'alternance Etat / partenaires sociaux dans les réformes du traitement du chômage

Pour Maurad Rabhi, le fait que l'Etat ait pris la responsabilité d'engager une réforme du contrôle et des sanctions des chômeurs est une stratégie partagée avec les signataires de l'accord Unedic de 2000 : *« le décret sur le contrôle c'est le gouvernement qui le fait parce que les organisations syndicales et la CFDT surtout dit " moi il est hors de question, je suis entièrement d'accord pour qu'on sanctionne et qu'on contrôle, mais nous on ne peut pas le dire ouvertement. Donc nous on ne veut surtout pas que ça fasse partie de la négociation. Donc vous nous déblayez le terrain avant" : décret au mois d'août. (...) Moi je mettrais ma main au feu que la négociation, on savait que c'était explosif, la CFDT a dit "attendez moi je ne veux pas me retrouver sur la situation du système des retraites parce que vous n'aurez pas ma signature. Donc moi il y a des choses que je ne veux pas voir dans la négociation : je ne veux pas voir le contrôle et la sanction des demandeurs d'emploi, ça il en est hors de question ; ce n'est pas moi qui vais me positionner là-dessus" »³⁶⁶.*

Si nous laissons au négociateur de la CGT la responsabilité de ses propos, il n'en n'est pas moins vrai que les nombreuses réformes des divers domaines de la protection sociale ou de l'emploi se succèdent comme une alternance entre de décisions relevant de la négociation collective et de décisions de l'Etat. Nous assistons à une alternance entre loi et décrets d'une part et accords collectifs interprofessionnels d'autre part, sans que nous puissions associer à ces alternances des orientations politiques fortement divergentes. La tutélarisation du salaire indirect des chômeurs comme du salaire direct des salariés d'une grosse moitié inférieure de l'échelle des salaires³⁶⁷ constitue une orientation commune aux accords interprofessionnels et à la production législative et réglementaire des 30 dernières années : des alternances sans alternatives.

Ainsi, dans le traitement du chômage, le décret gouvernemental de 1982 sur l'Unedic, l'accord Unedic de 1984 et la loi sur le RMI de 1988 - alternance de décisions étatiques et de décisions des partenaires sociaux - font système dans la transformation du droit à ressources des chômeurs du salaire socialisé vers le binôme salaire différé/allocation tutélaire. L'introduction, par les accords interprofessionnels à l'Unedic, de dispositifs dits d'activation des dépenses et des chômeurs dès le milieu des années 1980 (activités réduites en 1986 et convention de conversion et AFR en 1988), poursuivie dans les années 1990 (convention de coopération en 1994) jusqu'à devenir une orientation centrale dans les années 2000 avec la mise en place du PARE, apparaît comme étant strictement parallèle aux orientations défendues par l'Etat durant la même période (contrats atypiques, subventions au salaire, accompagnement des chômeurs ou « exclus », etc.). A cet égard,

³⁶⁵ Entretien de Maurad Rabhi, 17 mai 2006.

³⁶⁶ Entretien de Maurad Rabhi, 17 mai 2006.

³⁶⁷ Nous renvoyons sur ce sujet à : Jean-Pascal Higé et Andreana Khristova, « Politiques menées au nom de l'emploi et mutation des ressources des travailleurs : une comparaison européenne », *Revue de l'Ires*, n°53, décembre 2007.

le conflit entre le gouvernement Jospin et les signataires de l'accord Unedic du 14 juin 2000 portait sur les questions de financement d'une part et de répartition des compétences en matière de contrôle et de sanction d'autre part mais absolument pas sur l'orientation politique de l'accord qui faisait de la tutelle sur les chômeurs un élément central de leur prise en charge (le programme d'action personnalisé qui est la traduction pratique de cette activation des chômeurs s'appelle d'ailleurs initialement « PAP-ND », ND signifiant « Nouveau Départ » du nom du dispositif d'accompagnement que le gouvernement avait mis en place pour certaines catégories de demandeurs d'emploi et avec lequel le PAP, créé à l'initiative des partenaires sociaux, a fusionné). Le fait qu'en 2005 l'Etat reprenne à son compte les projets des partenaires sociaux présentés cinq ans plus tôt, n'est donc pas original dans l'histoire du traitement du chômage. L'alternance de l'initiative s'accorde en pratique parfaitement avec une similitude des projets s'agissant des contenus.

Comment expliquer cette cohérence entre la négociation et les décisions étatiques alors même qu'est mise en avant par chacune des parties³⁶⁸ la nécessité d'une politique contractuelle autonome, un refus du « tout Etat » au nom d'une expression de la pluralité des intérêts ? Les recherches menées sur les relations professionnelles elles-mêmes postulent le plus souvent cette diversité d'intérêt et même leur antagonisme. Pour comprendre ce paradoxe apparent, il faut interroger les relations qui se nouent entre le patronat, les organisations syndicales et l'Etat, à ce niveau particulier des relations professionnelles qu'est le niveau interprofessionnel national.

3.2.2. Les relations interprofessionnelles : partenariat social et dialogue social

Si les relations professionnelles désignent « *l'ensemble des pratiques et des règles qui (...) structurent les rapports entre les salariés, les employeurs et l'Etat* » (Lallement, 1995, p.3), ces pratiques et règles, lorsqu'elles sont interprofessionnelles et nationales, ont un champ d'application si large et concernent certains sujets si structurant socialement (protection sociale, emploi, formation, etc.) qu'elles deviennent l'affaire de toute la collectivité nationale. A cet égard, non seulement l'Etat est davantage partie prenante dans les relations interprofessionnelles qu'aux niveaux de la branche ou de l'entreprise, mais les acteurs syndicaux et patronaux interprofessionnels ne peuvent être considérés comme de simples membres d'un collectif de travail, ni même d'un groupe professionnel. Ils sont des acteurs politiques qui ne se résument pas à leur vocation de représentation des salariés ou des entreprises. C'est ce qu'expriment Abdelmoumène, Colin et Friot, à travers leur définition de la forme particulière des relations (inter)professionnelles qu'est le « partenariat social » : « *les « partenaires sociaux » ne sont pas l'agrégation d'acteurs de l'entreprise, mais d'autres acteurs. (...) Le partenariat social constitue les confédérations patronales et syndicales comme interlocuteurs du gouvernement ou plus largement de l'administration à propos des problèmes « sociaux » à caractère national* » (1995, pp.59-60).

En effet, les relations interprofessionnelles sont marquées par la logique de partenariat social dont nous voulons préciser le sens car cette notion est aujourd'hui utilisée sans nuance, dès que les organisations syndicales et patronales sont impliquées à quelque degré que ce soit. Les confédérations syndicales sont des partenaires sociaux (inscrits dans un dialogue social) lorsqu'elles

³⁶⁸ Depuis les prémices dans la CFTC à travers le courant « Reconstruction », jusqu'à l'implication dans la Refondation sociale initiée par le MEDEF en passant par la période « autogestionnaire », la conception de la place et du rôle de la négociation collective structure de manière singulière l'idéologie cédétiste : la négociation collective est au service d'un projet syndical de transformation sociale. FO, pour sa part, a historiquement fait de l'indépendance syndicale à l'égard de l'Etat un élément central de ses discours et pratiques, la pratique contractuelle étant l'outil de l'affirmation de cette indépendance. Le patronat qui dénonce régulièrement « l'interventionnisme de l'Etat » s'est progressivement approprié, depuis la « doctrine Ceyrac » en réponse à mai 68, poussée par son « aile marchante », jusqu'à la « refondation sociale », la pratique contractuelle comme élément de sa pratique.

endossent le rôle d'« agences sociales »³⁶⁹, c'est-à-dire lorsqu'elles assument une position institutionnalisée dans l'ordre économique et social en place³⁷⁰. Le « partenariat social » est également la forme d'expression d'un patronat qui, plutôt que de nier le fait syndical, cherche à maîtriser les modalités de l'expression des salariés en s'appuyant sur l'institutionnalisation du syndicalisme. En dernier lieu, le « partenariat social » traduit l'attention portée par l'Etat au « dialogue social », le terme n'étant pas anodin tant il occulte la dimension conflictuelle à l'œuvre : les « partenaires sociaux » dialoguent parce qu'ils ne sont plus *a priori* des « adversaires sociaux ». Dans le même sens, nous n'entendons pas le dialogue social comme synonyme de la négociation collective. L'usage courant du terme dans les champs politique, scientifique et médiatique (à noter la publication de plusieurs rapports récents aux niveaux national et européen ainsi que l'intégration dans le Code du travail français par la loi du 31 janvier 2007 d'une définition légale du terme³⁷¹) lui donne une substance polysémique : tantôt utilisée comme synonyme de négociation collective, tantôt limitée à une procédure de concertation donnant lieu ensuite à une décision unilatérale, tantôt indéfiniment l'un ou l'autre. Le dialogue social est ici entendu comme la forme de délibération propre au partenariat social tel que nous l'avons défini. En d'autres termes, alors que la négociation collective correspond à la coopération des représentants des salariés et des employeurs aux intérêts antagonistes dans le but d'établir un compromis, le dialogue social est une collaboration entre des acteurs politiques, réunis davantage comme experts du sujet abordé plutôt que comme représentants d'une partie concernée³⁷².

Il est difficile de dater la naissance du « partenariat social » car il s'agit d'une pratique politique dont la mise en œuvre est un processus progressif. Pour Abdelmoumène, Colin et Friot, « *on peut situer les premiers pas du partenariat social avec la pratique des « rendez-vous périodiques » initiée par Pierre Mendès-France en 1954 et poursuivie par son successeur, Edgar Faure* » (1995, p.60). La pratique se poursuivra avec la mise en œuvre de l'Unedic en 1958 issue de la double initiative de FO et du CNPF d'une part et du général de Gaulle d'autre part (Daniel et Tuchszirer, 1999). Plus tard, en 1966, suite à la grève du 1^{er} février initiée par la CFDT et la CGT, « *le Premier ministre, Georges Pompidou, envoie une lettre aux partenaires sociaux leur enjoignant d'ouvrir des négociations dans cinq domaines* » (Morville, 1985, p.32). Les ordonnances de 1967 sur la Sécurité sociale constituent également une étape décisive de l'affirmation du « partenariat social » en revenant sur l'expérience de démocratie sociale dans le régime général (suppression des élections et instauration du paritarisme numérique). Cette affirmation progressive de la nécessité que les « partenaires sociaux » s'expriment sur les questions « sociales », dans un aller-retour permanent entre l'Etat et les organisations syndicales et patronales, sera finalement théorisée à la fin des années 1960 par Jacques Delors, conseiller social du Premier Ministre Jacques Chaban-Delmas de 1969 à 1972 : « *la formulation doctrinale d'une nouvelle politique de relations professionnelles verra le jour à l'Hôtel Matignon – c'est ce qu'on a pu appeler le social-delorisme* » (Bunel et Saglio, 1979, pp.162-163). Les décennies 1950 et 1960 voient donc les organisations syndicales et patronales ainsi que les pouvoirs publics devenir des « partenaires sociaux ». Lois et conventions s'entremêlent pour organiser la protection sociale ou le droit du travail : « *dans le partenariat*

³⁶⁹ Cf. Pierre Rosanvallon, *La question syndicale : histoire et avenir d'une forme sociale*, Calmann-Levy, 1988.

³⁷⁰ La forme institutionnalisée du syndicalisme explique d'ailleurs la justification récurrente de certaines organisations syndicales qui signent des accords, non principalement sur le contenu, mais sur le thème de « la sauvegarde du paritarisme » : le maintien des formes institutionnelles devient, dans le cadre du « partenariat social », un enjeu de la négociation au même titre que le contenu négocié.

³⁷¹ Cette loi dite de « modernisation du dialogue social » définit ce dernier comme des « procédures de concertation, de consultation et d'information ».

³⁷² Jean Saglio prend par exemple soin de distinguer deux formes de négociation dans la tradition française des relations professionnelles. « *La première repose sur le compromis entre deux représentants d'intérêts reconnus comme antagonistes et indépendants l'un de l'autre* », cette forme correspond à la convention collective. « *La seconde se justifie par l'information qu'elle fournit au décideur* », il s'agit d'éclairer la décision du « Prince », la « loi négociée » constituant la forme typique de cette forme de négociation (Saglio, 2003).

social, gouvernement, syndicats et patronat n'existent que les uns par les autres » (Abdelmoumène, Colin et Friot, 1995, p.61).

Le dialogue social s'est développé concomitamment au partenariat social dont il est la forme d'expression, mais il faut attendre l'énoncé du programme de la Présidence française de la Communauté européenne en 1984 pour voir apparaître l'expression dans un contexte institutionnel. Initialement, dans un contexte de rupture entre la CES d'une part, l'UNICE et certains Etats membres (dont le Royaume Uni de Thatcher) d'autre part, « *l'usage du terme de « dialogue social » permettait de raccommoier en douceur un processus de concertation et de relations paritaires sans que cela ne puisse faire penser qu'il déboucherait sur des normes contraignantes* [rejetées par le patronat et les gouvernements « néolibéraux »]. *Parler, « dialoguer », a priori n'engageait à rien* » (Gobin, 2006). Le « dialogue social » fut ensuite institutionnalisé par insertion dans l'Acte unique de 1986 sous la présidence de Jacques Delors (en cohérence avec ce qu'il avait déjà porté en France). La concertation de l'Etat avec les organisations patronales et syndicales dans les réformes du marché du travail et des droits sociaux est affirmée dans le Traité sous diverses formes : consultation des organisations patronales et syndicales par la Commission, appel à la négociation collective, concertation tripartite ou « actions conjointes ». La loi française du 31 janvier 2007 s'inspire largement de l'exemple européen puisque, par cette loi, l'Etat français s'engage à se concerter avec les organisations représentatives au niveau interprofessionnel des salariés et des employeurs (sauf cas d'urgence), pour toute réforme concernant « *les relations individuelles et collectives du travail, l'emploi et la formation professionnelle et qui relève du champ de la négociation nationale et interprofessionnelle* » en vue d'une éventuelle ouverture préalable de négociations (JO du 1^{er} février 2007) : les syndicats et le patronat sont en quelque sorte consultés en tant qu'experts.

Il va de soi que le partenariat social et le dialogue social, s'ils ont su s'imposer comme un modèle normal de production de droits sociaux et du travail, ne sont pas le seul mode d'existence des relations professionnelles. Les modalités des ces dernières oscillent entre la négociation collective entre représentants d'intérêts antagonistes d'une part et le dialogue social entre partenaires sociaux experts sur les « questions sociales » d'autre part. La compréhension de la délibération sur le traitement du chômage en général et sur le contrôle et la sanction des chômeurs en particulier suppose de mesurer vers quel cas de figures nous tendons et quels en sont les déterminants.

Or, au niveau interprofessionnel, la logique de partenariat social et de dialogue social rencontre les déterminismes propres à la négociation interprofessionnelle. Nous avons vu que l'association de la division syndicale, de l'unité patronale et de la légitimité de l'accord minoritaire biaisaient les capacités des différentes organisations à peser sur le contenu des accords interprofessionnels dont la définition revient *in fine* au patronat et à son partenaire syndical choisi par ce dernier. Les autres organisations sont soit inaudibles, soit contraintes à un certain suivisme. Ainsi, le « partenariat social » et le « dialogue social » constituent en France une forme déterminée de délibération politique qui, décrite à grands traits, associe trois acteurs principaux dont le poids dans la décision est lui-même hiérarchisé. Le partenaire syndical privilégié est la seule organisation syndicale de salariés qui pèse dans la négociation, mais son autonomie est elle-même contrainte par le risque de perdre sa position institutionnelle avantageuse, ce qui en fait l'acteur le plus dominé du « trio ». Le patronat, dont l'unité est également un résultat institué, est en situation de choisir son interlocuteur privilégié, ce qui le place en situation de domination de son partenaire syndical. Enfin, l'Etat domine les deux interlocuteurs précédents, car il est toujours le décideur en dernier ressort. De la loi négociée (comme la loi de 2003 sur les retraites) à l'agrément (s'agissant par exemple des conventions Unedic) en passant par l'extension, la capacité de l'Etat à peser sur le résultat du « dialogue social » n'est pas la même, mais son rôle n'est jamais négligeable. L'exemple de la négociation UNEDIC de 2000 traduit ce « jeu à trois » de manière particulièrement claire. La négociation est partagée en deux temps : celui de la définition de l'accord du 14 juin 2000 entre la CFDT et le MEDEF (adjointes des autres organisations patronales et de la CFTC) et celui de la

négociation entre les signataires et l'Etat³⁷³. Cette négociation de 2000 est également caractéristique du fait que l'Etat domine la délibération, ou au minimum que le résultat de la négociation collective est toujours soumis à sa surveillance et son acceptation. Si négociation il y a eu en 2000, c'est avec l'Etat et non pas entre les différentes organisations censées négocier. Cette position d'arbitre donnant son aval ou non à une convention confère à l'Etat un pouvoir de négociation que l'institution de la négociation interprofessionnelle dénie paradoxalement aux deux grands syndicats exclus de l'alliance avec le patronat. Il en va de même du « recyclage » par Jean-Louis Borloo des propositions des signataires en matière de contrôle et de sanction de 2000 rejetées à l'époque par Martine Aubry. C'est bien l'Etat qui est décideur du refus dans un cas, de l'acceptation dans l'autre, à la faveur du changement d'orientation gouvernementale, de la réforme du contrôle et de la sanction (responsabilisation de l'Unedic, échelle de sanction puisque les autres acteurs (organisations syndicales et patronales) sont en 2000 et 2005 sur des positions identiques. A ce titre, les négociations Unedic relèvent davantage du dialogue social que de la négociation collective.

Conclusion

Le dialogue social entre partenaires sociaux, qui s'exprime au niveau interprofessionnel à des degrés plus ou moins forts selon qu'on est dans la concertation ou dans la négociation interprofessionnelle du point de vue de l'affichage (mais pas seulement) n'est donc pas l'expression des intérêts divers voire contradictoires, mais un jeu délibératif de trois acteurs (inégaux), qui produit parfois des accords collectifs parfois des lois ou des décrets. Bien sûr, aucun déterminisme n'étant absolu, et les organisations étant elles-mêmes prises dans leurs contradictions, nous pouvons multiplier les contre-exemples. Toutefois, la cohérence d'ensemble qui se dégage des mutations des formes légitimes du traitement du chômage dans le sens unique d'une tutélarisation des ressources, que ces réformes soient le fait de l'Etat ou des « partenaires sociaux », rappelle que l'explication est avant tout structurelle et relève en premier lieu de la configuration instituée des relations interprofessionnelles sous la forme d'un partenariat social et du dialogue de ces partenaires sociaux inégaux dans leur capacité à peser sur les contenus des décisions. A ce titre, la délibération sur le traitement du chômage n'a rien d'une délibération partagée au sens où la laisse supposer la notion de gouvernance.

Notons en dernier lieu que, là encore, le niveau européen ne semble pas interférer. Comme dans le cas de l'indemnisation du chômage, l'influence européenne sur la régulation du contrôle et de la sanction semble se limiter à la référence à des pratiques observées dans d'autres Etats.

Ainsi, selon Maurad Rabhi de la CGT, « quand Borloo sort sa circulaire sur le contrôle, il regarde ce qui se fait en Allemagne, il regarde ce qui se fait... ».

De même des fonctionnaires de la DGEFP font valoir les exemples de bonnes pratiques étrangères : « - Chef de mission: *Y a aussi des exemples étrangers. C'est vrai que dans certains rapports, rapport du CEE, rapport du CSERC, on voit que la France ne fait pas beaucoup de suivi de la recherche d'emploi ou de contrôle de la recherche d'emploi, c'est un peu des lieux communs, mais par rapport à ce qui existe en Suisse ou au Danemark, dans la littérature on dit qu'en France, le taux de contrôle est plus faible qu'ailleurs. Et il y a notamment l'exemple espagnol.*

- Agent: *L'exemple espagnol de système de graduation des sanctions qui a été une source d'inspiration, mais on n'a pas traduit in extenso l'exemple espagnol, on l'a adapté avec un système que je dirai plus contraignant compte tenu de nos pratiques et de notre réglementation. Mais l'idée générale de graduation des sanctions on l'a trouvé dans la réglementation espagnole, donc ça a été une source d'inspiration ».*

³⁷³ Jean-Pascal Higélé, *MEDEF-CFDT dans la négociation UNEDIC de 2000. L'affirmation du droit à l'emploi contre le droit au salaire pour les chômeurs*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Nancy 2, 2004.

Ainsi, ce n'est pas l'intégration européenne en tant que telle qui participe de la régulation du contrôle du suivi de recherche d'emploi, mais les exemples de pratiques menées dans des pays européens.

Chapitre 4

Quel partage de la délibération entre Etat et complémentaires santé ?

Interroger la manière dont l'Etat pèse sur l'AMC, suppose d'observer les diverses voies de son influence. L'Etat peut agir par le biais parlementaire - notamment lors du vote du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) -, directement à travers les décisions du Ministre, et enfin au travers de la protection obligatoire sur laquelle il a une influence certaine.

Nous avons évoqué le fait que l'organisation et les formes de régulation de la couverture santé ont fait l'objet d'une réforme en 2004. Nous proposons de voir en quoi cette réforme « Douste-Blazy », du nom du ministre de la santé de l'époque, a pu transformer les relations de l'AMO avec les complémentaires. Plus précisément et à titre d'indicateur, qu'est-ce que la création d'une nouvelle institution regroupant les complémentaires - l'UNOCAM - a pu modifier dans la prise en compte du point de vue de ces organismes dans le système global ? Sous quelles conditions la nouvelle institution va-t-elle être conviée aux discussions ?

Ainsi, nous proposons de voir comment la réforme de 2004 a été présentée comme une refonte de la « gouvernance » du système d'assurance maladie. Puis nous nous intéresserons aux modifications effectives de l'organisation du système et aux modalités de prise en compte des complémentaires.

1. La Réforme de 2004 et la redéfinition des rapports entre AMO et AMC : vers une « bonne gouvernance » de la protection santé ?

1.1. Le réagencement institutionnel de la réforme de 2004

La réforme de 2004 a trois objectifs, selon le premier ministre de l'époque : mettre en place un nouveau système de pilotage de l'assurance maladie alliant concertation et responsabilisation, améliorer les soins et contrôler les coûts par une meilleure gestion de l'information médicale, financer le système.

Ces ambitions ne sont pas nouvelles et les réformes qui se sont succédées dans les années 1990 portaient des mêmes préoccupations de clarification de la gestion et d'assainissement des finances. Le plan Juppé a ainsi mis en œuvre une réforme institutionnelle permettant d'augmenter les pouvoirs du Parlement, en affirmant les responsabilités de l'Etat dans la politique de santé et de Sécurité sociale, et en mettant en place des mécanismes contractuels entre Etat et caisses et entre les différents niveaux hiérarchiques de l'Assurance Maladie. Le plan prévoyait également tout un système de maîtrise des dépenses : « *La carence à tous les niveaux est interdite : le gouvernement doit rendre des comptes au Parlement et il peut se substituer aux caisses et/ou aux professions de santé défaillantes dans les prises de décision leur incombant* »³⁷⁴.

Martine Aubry, en plus de la création de la CMU (signe de la reconnaissance du caractère indispensable des complémentaires pour l'accès aux soins primaires en France³⁷⁵) a modifié le système de financement en substituant quasi intégralement la CSG à la cotisation maladie de

³⁷⁴ Jean-Jacques Dupeyroux, 2005, p314. Notons que le plan ne put être entièrement appliqué.

³⁷⁵ La loi sur la CMU a permis l'universalisation de l'accès à la couverture de base, mais un dispositif de couverture complémentaire y a aussi été adjoint. Les personnes dont les revenus n'excèdent pas un certain seuil peuvent obtenir gratuitement une couverture complémentaire. Cette couverture est financée partiellement par un fond CMU qu'alimentent les complémentaires santé. Le CMUiste peut choisir de recevoir sa complémentaire soit d'une CPAM soit d'une mutuelle, d'un IP ou d'une assurance, qui auraient au préalable accepté de prendre des bénéficiaires de la CMU à charge. Les organismes en question reçoivent ensuite une indemnisation forfaitaire par CMUiste.

l'assuré³⁷⁶. On se rappelle également des rapports houleux entretenus entre le gouvernement, les caisses d'assurance maladie et certains syndicats de médecins. C'est aussi l'époque où le Medef a quitté les caisses pour n'y revenir qu'avec la dernière réforme.

Du point de vue de la maîtrise des dépenses de santé, la réforme de 2004, tout en suivant la voie précédemment tracée - trouver de nouvelles sources de financement - se situe à sa manière en rupture avec les réformes précédentes, car elle renonce aux mesures de maîtrise de l'offre pour se concentrer sur la limitation de la demande (la franchise de 1€ en est un exemple). Pour les patients, le non respect du parcours de soins entraîne des sanctions financières immédiates, par contre pour les médecins les seules incitations financières sont positives³⁷⁷ (contrairement au système du médecin référent où les incitations étaient positives pour les deux parties quand elles entraient dans le système). En plus de la recherche d'une amélioration rapide de l'équilibre des comptes, il s'agit de modifier les comportements des assurés et leur orientation dans le système de soins : « *ce plan est crédible parce que, pour la première fois, il s'attaque aux problèmes structurels du système de santé en créant les conditions d'un véritable changement des comportements* »³⁷⁸.

Du point de vue de l'agencement des pouvoirs, la réforme de 2004 modifie encore les rapports entre l'Etat et les caisses de sécurité sociale en redistribuant les pouvoirs aux dépens de ces dernières. D'une part, on attribue de nouvelles responsabilités à l'assurance maladie, mais dans le même temps son organisation est profondément remaniée.

Les trois régimes d'assurance maladie obligatoire sont regroupés dans l'UNCAM³⁷⁹, dont le directeur de la CNAMTS assume également la direction. Il est maintenant le seul habilité à négocier avec les professionnels de santé. Le conseil d'administration de la CNAMTS se contente, pour sa part, de coordonner l'action des caisses mais sans conserver de réels pouvoirs de gestion. Il reste cependant responsable en partie des recettes de l'Assurance Maladie³⁸⁰. Les partenaires sociaux sont donc dépossédés dans leurs attributions. De plus, la diversification de la représentation au sein du conseil a aussi évolué, offrant une place plus importante à la troisième composante : la mutualité avait déjà des voix délibératives, elle est désormais rejointe par des associations et un représentant du fond CMU. La voix des organisations syndicales en tant que représentants des assurés sociaux est donc mêlée à celle de nouveaux types d'intervenants. Si la forte présence des partenaires sociaux au conseil de l'UNCAM - les 12 représentants de la CNAM sur les 18 (dont 3 représentants de la MSA et 3 du RSI) sont soit des représentants syndicaux soit des représentants patronaux - montre qu'ils ne sont pas véritablement écartés du rôle de gestion, on peut tout de même constater la dilution de leur voix dans le nouvel agencement de pouvoir au sein de la couverture maladie.

En face de cette diminution du pouvoir des partenaires sociaux dans les caisses, celui du directeur général, qui cumule les casquettes CNAM et UNCAM, est encore augmenté. En plus de ses attributions habituelles, à savoir la gestion du personnel de la CNAM, la définition de la politique interne et son autorité sur toutes les caisses, c'est lui qui a seul en charge les négociations avec les

³⁷⁶ Seules les prestations en espèce conservaient un financement par cotisations sociales.

³⁷⁷ Pour un médecin si le patient choisit de suivre le parcours certaines augmentations de tarif sont possibles : la majoration de coordination généraliste ou spécialiste entre autres. Mais si le patient sort du parcours alors le médecin pourra pratiquer des dépassements d'honoraires dans certaines limites même en secteur 1. Donc quoiqu'il arrive, le médecin peut voir ses tarifs augmenter.

³⁷⁸ Intervention de Xavier Bertrand lors de la deuxième session parlementaire du 29 juin 2004

³⁷⁹ Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

³⁸⁰ D'ailleurs pour un responsable de la CNAM : « *la chose qui n'est pas logique c'est que la CNAM est responsable des comptes. Quand il y a un comité d'alerte, c'est les trois caisses nationales CNAM, MSA, RSI, qui doivent faire des propositions de redressement des comptes dans les projets de comité d'alerte. Et c'est les directeurs généraux de chacune de ces caisses qui font les propositions à leur conseil. Mais, pour ce qui concerne l'organisation de la dépense, j'ai envie de dire toutes les relations conventionnelles, définition des tarifs, augmentation des médecins, accord, peu importe, tout ce qui est négociation conventionnelle, relations avec les professions : c'est l'UNCAM. Donc y'a à mon avis une forme de dysfonctionnement par construction [...] entre la responsabilité de l'UNCAM qui décide de la dépense, et trois organismes qui, on va dire, interviennent sur les recettes dès lors que ça va mal. (...) et puis ça s'est vu, suite au comité d'alerte où la CNAM n'avait pas les mêmes propositions que la MSA et le RSI* ».

professionnels (pour l'UNCAM) ainsi que toute la partie dépense de la CNAM. Le rôle de l'UNCAM étant de conduire la politique conventionnelle, définir le champ des prestations admises au remboursement et de fixer le taux de prise en charge des soins, il a la main sur les recettes et les dépenses du système. Il n'est par ailleurs plus révocable par le Ministre, et la majorité des deux tiers nécessaires pour que le conseil le destitue semble pour l'instant difficile à réunir.

L'expansion des prérogatives du directeur de la CNAM et de l'UNCAM le laisse seul face aux professionnels et au gouvernement. La faiblesse du conseil fait que le directeur est davantage enclin à répondre aux exigences ministérielles que ses prédécesseurs. Les conseils de la CNAM et de l'UNCAM peuvent certes faire valoir certaines positions, mais leur prise en compte dépend toujours de la volonté de la direction générale. En effet, ces conseils n'ont aucun moyen de sanctionner un directeur qui ne respecterait pas le mandat qu'elles lui ont donné. Pour celui-ci le dispositif peut finalement être activé à la demande, et le respect ou pas des prises de position des conseils des diverses caisses sera lié à ses propres conceptions, voire à ses propres intérêts.

Cette combinaison entre extension des pouvoirs de l'AMO et retrait du pouvoir des conseils d'administration des caisses a d'ailleurs été dénoncée par l'opposition lors du débat parlementaire : « *M. le ministre de la santé et de la protection sociale* : Sans doute, avons-nous trop tendance à n'aborder cette question de la gouvernance qu'en termes d'institutions et de pouvoirs. Ne perdons jamais de vue qu'il s'agit, avant tout, de mettre notre système d'assurance maladie au service du malade et d'une offre de soins plus efficace et mieux organisée. Le Gouvernement a fait le choix de déléguer de nouvelles compétences aux caisses d'assurance maladie

M. Jean-Marie Le Guen : Aux directeurs ! A des proconsuls ! »³⁸¹

En plus de l'UNCAM, deux unions sont également constituées pour rassembler les représentants des professionnels de santé et des organismes complémentaires : l'UNPS et l'UNOCAM. Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut des données de santé (IDS) doivent produire des données et des avis scientifiques utilisables pour les gestionnaires et les décideurs. L'UNCAM est placé au centre du dispositif, entre les caisses (dont il est une émanation), l'Etat (qui en nomme le directeur), les professionnels et les nouveaux organismes consultatifs qu'ils soient les représentations des professionnels et des complémentaires ou des agences à caractère scientifique.

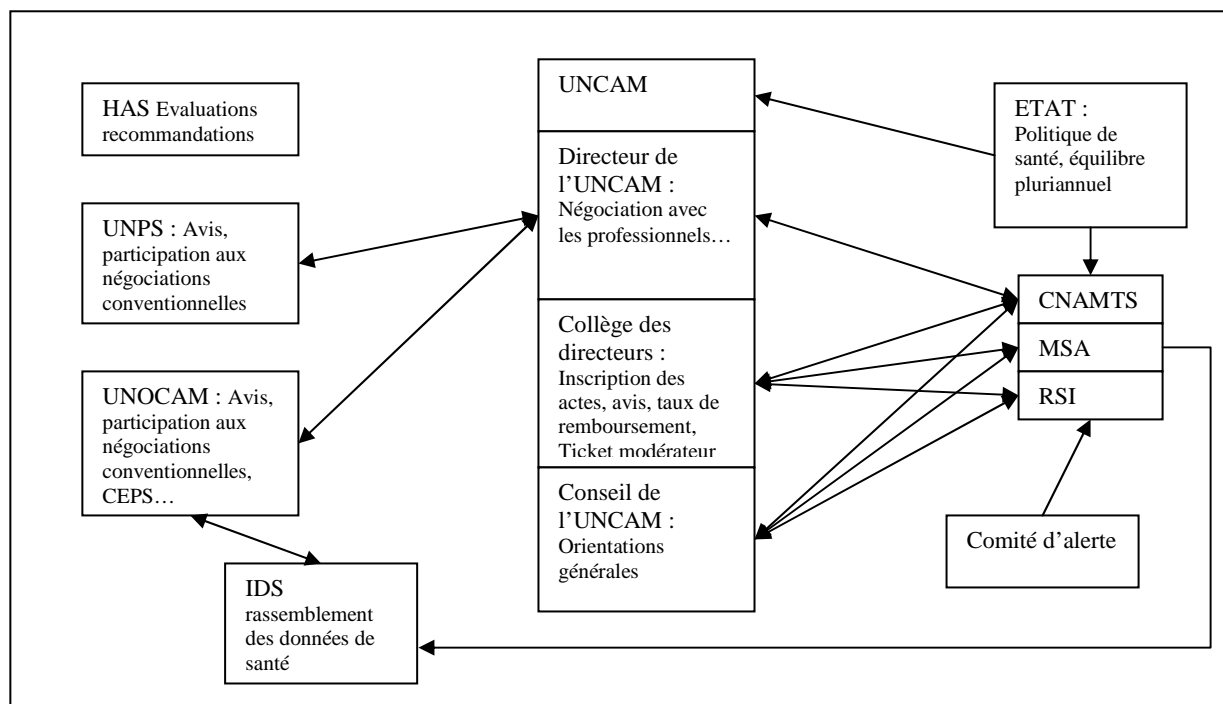


Figure 4 : Schéma de la nouvelle organisation du système de décision de l'Assurance Maladie³⁸²

³⁸¹ Interventions de Philippe Douste Blazy et de Jean-Marie Le Guen lors de la de la deuxième session parlementaire du 29 juin 2004

Pour les organismes complémentaires, on peut repérer trois changements importants dans cette réforme : la création de l'UNOCAM ; la mise en place d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire ; les contrats responsables. Avec ces trois dispositifs, les complémentaires entrent dans l'organisation du système de soins français de manière formelle.

L'UNOCAM doit leur permettre d'émettre des avis sur les décisions qui les concernent, et elles devraient être associées par ce biais aux négociations conventionnelles menées par l'UNCAM avec les professionnels. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire confirme leur légitimité dans le financement des soins jugés indispensables pour garantir une bonne couverture santé (légitimité qui avait été affirmée avec la loi CMU). Enfin, les contrats responsables visent à organiser la coordination entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire, afin que les mesures prises par ou pour l'AMO ne soient pas neutralisées par les décisions des complémentaires. Les contrats responsables sont dans la continuité des contrats solidaires qui avaient été conçus dans la loi de 1989 afin de garantir que les sociétés bénéficiant des aides publiques respectent quelques critères éthiques pour les contrats collectifs. Ce même mécanisme a été prolongé pour justifier des exonérations de la taxe sur les contrats d'assurance pour les organismes à but non lucratif. Comme nous l'avons vu, Bruxelles accepte que la taxation soit différenciée si la preuve est faite que les produits, et non les statuts des organismes, sont différents. Là encore il ne s'agit pas d'interdire les contrats qui ne respecteraient pas les règles que le gouvernement veut imposer, mais bien d'inciter les complémentaires à suivre les orientations de la réforme par le biais d'incitations fiscales.

L'implication des complémentaires dans le dispositif d'assurance maladie n'est pas à proprement parler entièrement nouveau. Mais le gouvernement inclut désormais la couverture complémentaire dans ses calculs à propos de la couverture santé de l'ensemble de la population d'une part, et, avec l'UNOCAM, donne aux organismes d'AMC un rôle politique dans la régulation de la couverture maladie dans son ensemble d'autre part.

1.2. La référence à la « gouvernance » fortement mobilisée dans la réforme 2004

Contrairement à ce qui se passe dans le cadre de l'UNEDIC, le terme de « gouvernance » est omniprésent lorsque l'on parle de cette réforme. Le chapitre qui lui est consacré dans l'ouvrage de Jean-Jacques Dupeyroux s'intitule « la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie »³⁸³. Une des sections du rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie lui est spécifiquement consacrée³⁸⁴. Mais c'est aussi le terme qu'ont utilisé les politiques de tous bords lors du lancement des débats sur la réforme.

Le premier discours de Jean-Pierre Raffarin y fait mention : « *Premièrement, nous dotons l'assurance maladie d'un nouveau dispositif de pilotage qui allie à la fois concertation et responsabilisation. Nous avons en effet trouvé, grâce à la concertation, le moyen, non seulement de réunir l'ensemble des partenaires pour procéder aux nécessaires négociations, mais aussi de nous doter d'organes de décision portant la responsabilité des actions à mener. Il faut, dans l'assurance*

³⁸² UNCAM : Union nationale des caisses d'Assurance Maladie

UNOCAM : Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance Maladie

UNPS : Union nationale des professionnels de santé

IDS : Institut des données de santé

HAS : Haute autorité de santé

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie

MSA : Mutualité sociale agricole

RSI : Régime social des indépendants

³⁸³ Jean-Jacques Dupeyroux, 2005, p541

³⁸⁴ HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie), *Rapport du 23 janvier 2004*, http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/pdf/rapport.pdf

maladie, un comité de pilotage qui assume la responsabilité pour pouvoir s'engager et maîtriser les décisions. C'est une avancée très importante pour la gouvernance de la sécurité sociale »³⁸⁵. Pour Philippe Douste-Blazy, la réforme elle-même peut être comprise comme la mise en place d'une « nouvelle gouvernance » en plusieurs volets : le premier concernant une meilleure orientation dans le système de soins et la lutte contre les abus ; le second étant une réforme des instances dirigeantes des caisses d'assurance maladie ; le troisième est la concertation avec les complémentaires ; enfin le dernier concerne la rénovation de la négociation conventionnelle. Selon Yves Bur encore (président de la commission spéciale) cette réforme doit « *permettre à cette nouvelle gouvernance de transformer en réalité les espoirs de réduction du déficit à partir des changements de comportement auxquels vous appelez tous les Français et l'ensemble des professionnels de santé* »³⁸⁶.

Sur les bancs de l'opposition, le terme est encore présent. Pour Maxime Gremetz : « *Tout nous laisse à penser que cette stratégie de gagne-petit ne sert que la cause idéologique de la privatisation de la sécurité sociale guidée par une nouvelle gouvernance* » ou encore « *une gouvernance moderne voudrait non seulement que l'État, notamment le Parlement, soit présent dans la gestion de l'assurance maladie, mais aussi et surtout que celle-ci, qui est financée par les cotisations salariales et patronales, soit gérée par les représentants démocratiquement élus des employeurs et des salariés. Vous faites tourner la roue de l'Histoire à l'envers !* »³⁸⁷. Au PS, Jean-Marie Le Guen affirme : « *Le pouvoir dans l'irresponsabilité, telle est la nouvelle philosophie politique de votre gouvernance. La bonne gouvernance, que vous flattez, ne pourrait désormais se concevoir qu'en l'absence de contrôle de la démocratie politique et de la démocratie sociale !* »³⁸⁸. Enfin pour Simon Renucci, « *Vous proposez pour votre part une étatisation apparente qui se traduira par une gouvernance inefficace et aveugle. Telle que vous l'organisez, l'offre de soins favorisera une médecine à deux vitesses, et même à trois, si l'on pense à ceux qui ne bénéficieront plus d'aucuns soins* »³⁸⁹.

Le terme semble donc accepté par tous les bords politiques, mais est-il juste un mot à la mode qui remplace de façon indifférente « pilotage », « organisation » ou « gouvernement », ou est-ce que l'on peut repérer des éléments de « bonne gouvernance » dans la réforme de 2004 ?

Nous avons, face au flou conceptuel de la notion de gouvernance, résumée celle-ci à l'idée de régulation multipolaire. Nous pouvons, en suivant Jean-Pierre Gaudin, avancer en précision en retenant trois « *critères qui semblent les moins imprécis (...) : la coopération entre acteurs, publics et privés ; le déploiement d'interactions continues dans la définition et la conduite des politiques ; l'adoption des règles du jeu négociées et collectivement élaborées, sans se limiter aux rapports préétablis de dépendance ou de hiérarchie* »³⁹⁰. Ceci représente pour l'auteur les caractéristiques qui permettent de repérer qualifier une délibération sous le terme de gouvernance : « *la nouvelle action publique (...) en appelle maintenant à une sorte de Sainte Trinité : agences de régulation, politiques contractuelles, forums de débat public. C'est-à-dire une négociation explicite des normes, des partenariats sur projets et des modalités développées de concertation* »³⁹¹.

Dans l'affichage, les principes de la réforme de 2004 semblent se conformer assez bien à ceux que nous venons d'énoncer. En effet, elle cristallise le partenariat entre public et privé en faisant entrer les organismes d'AMC dans le processus de décision et en approfondissant leur articulation avec l'AMO. Les mécanismes contractuels ne sont pas absents non plus : ils peuvent exister lors des

³⁸⁵ Intervention de JP Raffarin lors de la deuxième session parlementaire du 29 juin 2004.

³⁸⁶ Intervention d'Yves But lors de la deuxième session parlementaire du 29 juin 2004.

³⁸⁷ Intervention de Maxime Gremetz lors de la troisième de l'Assemblée Nationale, séance du mardi 29 juin 2004

³⁸⁸ Intervention de Jean-Marie Le Guen lors de la première séance de l'Assemblée Nationale du mercredi 30 juin 2004

³⁸⁹ Intervention de Simon Renucci lors de la deuxième séance de l'Assemblée Nationale du jeudi premier juillet 2004

³⁹⁰ Jean-Pierre Gaudin, *Pourquoi la gouvernance ?*, Presses de Sciences Po, Paris, Octobre 2002, p45.

³⁹¹ Jean-Pierre Gaudin, 2002, p.129.

conventions, et on peut considérer que les contrats responsables sont une forme d'engagement mutuel entre l'Etat et les complémentaires santé. Par ailleurs, le système de décision est organisé de telle sorte que des interactions fréquentes sont envisagées dans la définition et la conduite des politiques, et ces interactions prévoient des négociations et des dialogues entre et au sein des agences de régulation qui ont été créées pour le dispositif (UNOCAM, UNPS, UNCAM mais aussi IDS et HAS).

Sur les autres points cependant, la proximité entre la réforme et les principes de gouvernance n'est pas si claire. La négociation des règles entre les acteurs semble l'essence même du dispositif si l'on en croit Philippe Douste-Blazy : « *Nous devons progressivement passer d'un système désorganisé à une organisation librement consentie par le patient* ». Ceci induirait nécessairement la concertation dans l'élaboration des politiques et la mise en place de forums de débat public. Or il semble bien que, malgré toutes ces créations d'agences, l'organisation est faite de telle sorte que les règles et hiérarchies sont au contraire bien définies à l'avance. C'était d'ailleurs l'une des inquiétudes les plus importantes concernant la réforme : il s'agissait de déterminer les responsabilités des uns et des autres. S'il n'y a pas consensus pour dire si cette clarification a bien eu lieu, il reste que les nouvelles instances sont bien hiérarchisées, puisque l'UNCAM est l'organe central de la prise de décisions (au dépend des caisses nationales d'assurance maladie). Il semble qu'il y ait alors peu de souplesse dans l'organisation et la libre négociation des acteurs.

La réforme de 2004, à l'évidence, a recours à « l'imaginaire » de la gouvernance, et de ce qu'il sous-entend comme délibération partagée. Il reste maintenant à voir comment cette nouvelle organisation fonctionne en réalité.

2. De l'ambition de la réforme aux modifications des rapports concrets entre instances : la nouvelle place des complémentaires dans le système

Avant la création de l'UNOCAM les différentes familles de complémentaires santé pouvaient rencontrer les membres du cabinet du Ministre, les fonctionnaires de la DSS ou les parlementaires pour faire valoir leurs points de vue, selon une stratégie classique de lobbying. La création de l'UNOCAM a pour rôle de modifier ces rapports puisque l'Union est désormais chargée, si un consensus a été établi, de porter la voix de l'ensemble des acteurs de l'AMC. Toutefois, dans quelle mesure cette intégration politique des fédérations de complémentaires change-t-elle réellement la délibération politique sur la couverture santé ? Répondre à cette question suppose d'interroger la manière l'Etat sous toutes ses formes) est en mesure d'intégrer ce nouvel acteur que sont les complémentaires dans la construction de la décision.

2.1. Le gouvernement et le parlement face aux complémentaires

2.1.1. L'intégration politique de l'UNOCAM

Les Ministres de tutelle ont montré une certaine résolution à intégrer l'UNOCAM dans la régulation de la couverture santé. Ainsi, l'Union a été intégrée au comité national de lutte contre la fraude ainsi qu'au comité économique des produits de santé (CEPS) et participe à ce titre à la négociation du prix des médicaments. Ces deux comités sont la réunion de représentants de direction d'administration et de caisses de Sécurité sociale et pourtant l'UNOCAM y participe également. L'union, malgré la nature de ses membres, et sa forme privée, a donc été appelée à participer à des missions d'ordre public. Le gouvernement semble donc appuyer par ces actes la logique promue par la réforme de 2004 d'intégration politique des fédérations de complémentaires.

De même, la LFSS pour 2008 a multiplié les occasions pour lesquelles l'UNOCAM pourra se prononcer. Ainsi elle donnera son point de vue sur les mesures conventionnelles entre professionnels de santé et AMO ayant pour effet de revaloriser des tarifs des honoraires, des rémunérations et frais accessoires. L'avis de l'UNOCAM sera également sollicité pour les contrats types élaborés par l'UNCAM, dans le cadre de contractualisation entre les médecins conventionnés et l'Assurance maladie obligatoire, à propos de l'amélioration de la pratique professionnelle, des actions de prévention et de dépistage des patients, et la participation à la permanence des soins. L'UNOCAM pourra aussi faire des propositions de redressement dans le cadre de la procédure d'alerte, procédure déclenchée en cas de risque de dépassement de l'ONDAM³⁹².

Il semble donc qu'il y ait une volonté politique de donner un peu plus d'ampleur au rôle des complémentaires dans le système. Et ce d'autant que leur place va certainement croître encore davantage dans l'ensemble du système de santé. Des négociations sont prévues en 2008 afin de redéfinir les rapports entre AMO et AMC : *« De manière plus générale, le rapporteur se félicite à cette occasion de l'organisation prochaine d'un grand débat national sur le financement de la santé, afin de notamment de distinguer ce qui doit être financé par la solidarité nationale de ce qui doit relever de la responsabilité individuelle, à travers une couverture complémentaire. En d'autres termes, comme l'a souligné avec force le Président de la République, il s'agit de rechercher l'équilibre le plus juste entre la responsabilité et la solidarité, qui doit naturellement rester le principe fondateur de notre système d'assurance maladie »*³⁹³.

Si ces éléments nous permettent de voir que certaines dispositions sont prises pour que les représentants des complémentaires santé soient entendus, il reste à voir à quel point le gouvernement et le Parlement tiennent compte de leurs avis.

2.1.2. Une institutionnalisation de l'AMC comme variable d'ajustement de l'AMO

Le fait d'être considérées comme parties intégrantes du système de couverture de soin donne aux complémentaires une nouvelle dimension. A cet égard, le gouvernement les prend davantage en compte pour élaborer ses propres politiques, puisque les complémentaires semblent maintenant explicitement incluses dans les calculs des Ministres. C'est ainsi qu'a été créé lors de la LFSS³⁹⁴ de 2006 une franchise de 18€ sur les actes de plus de 91€ à prendre en charge par les complémentaires. Lors des protestations de celles-ci, Xavier Bertrand répondit que les économies engendrées pour elles par la réforme de l'assurance maladie compenseraient cette charge³⁹⁵.

Cette articulation maintenant cristallisée entre AMO et AMC se traduit également par des transferts de charge de l'obligatoire vers le complémentaire pour des raisons d'ordre gestionnaire. Cette pratique a d'ailleurs été condamnée par la FNMF : *« Que dit cet arrêté publié au Journal officiel du 25 août ? Que le taux de prise en charge par l'assurance maladie passe de 100 % à 35 % à compter du 1er septembre. Motif invoqué: ce médicament « ne remplit plus les critères » pour une exonération totale du ticket modérateur « en raison des possibilités de prise en charge existantes offertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire et par le dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire ».* En d'autres termes, les pouvoirs publics utilisent

³⁹² Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

³⁹³ Rapport parlementaire sur le PLFSS pour 2008, Tome II Assurance maladie et accidents du travail, Jean-Pierre Door rapporteur, déposé le 17 octobre 2007.

³⁹⁴ Loi de financement de la sécurité sociale.

³⁹⁵ Il est très difficile de vérifier cette affirmation sur l'incidence budgétaire de ces réformes sur les complémentaires, mais en plus il est impossible pour ces dernières d'estimer le coût de cette mesure ; elles n'ont en effet pas de données par elles-mêmes puisqu'elles n'ont jamais remboursé ces actes, et elles ne peuvent réaliser leurs propres estimations à partir des données du SNIIRAM.

en toutes lettres un argument économique et non scientifique pour justifier la baisse de remboursement, ce qui constitue un fait nouveau particulièrement inquiétant »³⁹⁶.

La combinaison entre une intégration des complémentaires au dispositif de décision de l'assurance maladie obligatoire, et la constitution progressive d'un filet de sécurité pour les plus pauvres (avec la CMU mais aussi l'aide à l'acquisition d'une complémentaire) n'engendre donc pas seulement une coordination entre les deux régimes, mais peut servir de justification à un désengagement du régime obligatoire, quand les objectifs en terme de limitation des dépenses ne semblent pas remplis³⁹⁷. L'AMC, en étant reconnue comme élément à part entière de la couverture de soin, devient également une variable d'ajustement de l'AMO.

Cet élément jette la suspicion sur le rôle de l'UNOCAM. Pour un témoin : *« Pourquoi le législateur, sur proposition du gouvernement en fait, a construit cette structure de nature hybride [entre la forme de l'association qui est privée et des missions qui peuvent être d'ordre public] ? Ben, il y a effectivement une volonté d'associer les complémentaires. Et ça, ça répond bien à ce qu'était le projet initial de la Mutualité. Mais on peut se demander aussi s'il n'y a pas une intention, peut être un peu moins, positive (...). On peut se demander s'il n'y a pas une volonté aussi... de mettre un peu d'ordre, je vais appeler ça comme ça, de recomposer peut être, le paysage des organismes complémentaires ; dans un contexte économique sur lequel je n'ai pas besoin de m'appesantir, qui peut amener à faire des transferts de charge, et qui peut donc amener à avoir besoin d'un interlocuteur, un peu fort, pour dire : "Ben écoutez il y a de l'assurance maladie, il y a des biens de santé, qui relèvent évidemment du périmètre de l'obligatoire parce que c'est très coûteux, parce que c'est très nécessaire ; et puis il y a d'autres choses, à définir, qui relèvent plus fondamentalement du domaine des complémentaires et pour lesquelles effectivement il est bon d'avoir une structure comme l'UNOCAM qui va permettre de se positionner de faire passer les idées et ainsi de suite" ». Dans cette optique, l'UNOCAM peut se muer en instance d'accompagnement du désengagement de l'AMO.*

2.1.3. Le législateur face à l'UNOCAM

L'UNOCAM a eu plusieurs occasions d'exprimer un avis à l'attention du législateur, le plus souvent du gouvernement.

C'est notamment le cas d'un avis rendu sur l'optique à l'occasion d'un décret autorisant le renouvellement des lunettes sans passer par une ordonnance par un ophtalmologiste. Ce sujet concerne au premier chef les complémentaires puisque leur participation au financement est bien supérieure à celle de l'AMO. Ainsi pour un témoin : *« C'est quelque chose [le transfert de compétences de l'ophtalmologiste à l'opticien] qui juridiquement, techniquement, quand il faut prendre la décision, passe par le biais d'un décret de compétence. C'est-à-dire que c'est une compétence qui était exclusivement médicale et qu'on transfère aux opticiens, sous conditions, de manière encadrée... Quand on fait un décret c'est une décision régaliennne, c'est les pouvoirs publics, le Ministre de la santé qui décident de faire passer un décret. Il nous transmet le projet pour nous associer et nous demander notre avis. C'est très gentil de sa part mais il n'est tenu par aucun texte de respecter notre avis et d'ailleurs il s'est assis dessus complètement. Ça ne lui pose aucun problème.*

Q : Donc là en fait c'est le gouvernement...

R : Là, c'est le gouvernement. Là, c'est un domaine de remboursement où le gouvernement est en train de négocier avec les opticiens. Sur un sujet dont le coût sera pour les complémentaires. »

³⁹⁶ FNMF, AFIM n°2853, « Baisse du remboursement du synagis : une charge supplémentaire pour les mutuelles », 8 septembre 2006.

³⁹⁷ Cette tendance va à l'encontre des préconisations du HCAAM qui affirme que le partage entre AMO et AMC est aujourd'hui satisfaisant, et qui dénonce un risque de transfert des charges d'un pôle à l'autre.

Ainsi, sur un sujet central pour l'AMC, leur représentation politique à travers l'UNOCAM a été sans effet.

La dernière loi de financement de la Sécurité fut également l'occasion pour l'UNOCAM de rendre un avis. Cette dernière insistait sur le fait que le projet de loi était insuffisant pour régler les problèmes de financement de l'assurance maladie.

Dans un premier temps, il n'a pas été possible pour les organismes complémentaires de se mettre d'accord sur la question de l'opportunité des franchises médicales. La FNMF s'opposait fermement au principe, ce qui n'était pas le cas de la FFSA. Pour sa part, le conseil d'administration du CTIP n'a même pas pu trouver d'accord sur la question. Cependant, les complémentaires ont recommencé à parler d'une seule voix, quand il s'est agi de faire rentrer dans le cadre des contrats responsables l'interdiction de rembourser ces franchises.

Les assureurs comme les mutualistes ont ainsi contesté le fait que les franchises responsabilisent l'assuré. Pour Gérard de la Martinière, le président de la FFSA, « *ce n'est pas leur non-remboursement qui donnera aux franchises un caractère responsable. La vraie responsabilisation réside dans la capacité à attirer l'attention des consommateurs de soins, sur les bénéfices qu'ils pourraient tirer d'une plus grande discipline dans leur comportement* »³⁹⁸. A cet égard, le président de la Mutualité, Jean-Pierre Davant, défend un point de vue compatible avec celui de la FFSA : « *le but de la franchise, nous dit-on, c'est de "responsabiliser" les assurés sociaux par l'argent. Mais la Sécurité sociale laisse déjà à la charge des malades une partie des frais : c'est le ticket modérateur. Comme son nom l'indique, il est supposé "modérer" les dépenses. (...) Tous les acteurs de santé le disent : si les franchises sont élevées, on va encore aggraver les inégalités d'accès aux soins. Si elles sont basses, elles ne rapporteront pratiquement rien à la Sécu* »³⁹⁹. La position habituelle des assureurs concernant la liberté de contrat, et donc de remboursement ou non des franchises à la convenance des opérateurs⁴⁰⁰, rejoignait celle des mutualistes qui refusaient les franchises elles-mêmes du fait des effets d'exclusion de soins qu'elles engendrent. Ceci a permis à l'UNOCAM une expression minimale sur le sujet. Mais cet avis fut sans effet puisque le gouvernement a tranché contre le point de vue des complémentaires : le remboursement des franchises est autorisé mais pas dans le cadre des contrats responsables, qui représentent 90% des contrats de complémentaire santé.

L'UNOCAM rendit également un avis partiel⁴⁰¹ à propos du projet de décret sur les contrats responsables. Cet avis stigmatisait le caractère tardif du décret, par rapport aux délais d'application pour les complémentaires d'une part et portait au contraire un avis favorable à l'obligation de prise en charge d'actes de prévention, à la condition de limiter cette contrainte à deux actes choisis dans une liste donnée par la HAS, car l'UNOCAM arguait du fait qu'il était impossible d'évaluer *a priori* l'augmentation de la charge financière que représente ces nouveaux actes de prévention.

³⁹⁸ Propos recueillis par Géraldine Vial, « Franchises médicales, les assureurs se mobilisent », *Les Echos*, 27 septembre 2007.

³⁹⁹ Propos recueillis par Pascal Lelièvre, « Sécu : Jean-Pierre Davant tire la sonnette d'alarme sociale », 25 mai 2007.

http://www.mutualite.fr/actualites/toutes_les_infos/nos_articles/secu_jean_pierre_davant_tire_la_sonnette_d_alarme_sociale

⁴⁰⁰ « *Si le gouvernement changeait de position, beaucoup de contrats ne les rembourseraient probablement pas. Nous militons malgré tout pour la liberté contractuelle, car nous avons la conviction que le système, qui crève de ses rigidités, est inadapté aux besoins réels des patients. [...] Nous allons nous mettre en campagne, en liaison avec les autres familles d'assureurs, pour voir comment reposer la question lors du débat parlementaire* », Gérard de la Martinière dans *Les Echos*, 27 septembre 2007.

⁴⁰¹ Comme nous l'avons vu plus haut, les complémentaires maladie défendaient des positions différentes concernant le traitement des dépassements d'honoraires hors parcours. La FFSA et le CTIP se retrouvent sur une position d'interprétation souple des contrats responsables alors que pour la mutualité la lisibilité du dispositif (déjà atténuée par les différentes dispositions de la convention médicale de janvier 2005) ne serait assurée que par une incitation financière suffisante poussant à respecter le parcours. Sur ce point précis les trois fédérations s'exprimèrent donc chacune de leur côté, les positions de chacun étaient trop tranchées pour parvenir à une expression commune. Notons que le gouvernement trancha en faveur des positions de la FFSA et du CTIP.

Dans le cas du présent avis, le gouvernement passa outre la remarque des délais d'application du texte, mais au contraire la limitation à deux actes de prévention fut retenue par le gouvernement.

On voit donc que le gouvernement a eu pour l'instant vis-à-vis de l'UNOCAM, au mieux une position ambivalente, au pire un discours d'affichage. Le gouvernement a certes associé l'UNOCAM aux débats sur la couverture santé, réclamé la prise en compte de l'UNOCAM par l'UNOCAM, mais n'a que très rarement suivi ses avis. Les organismes d'AMC apparaissent de plus en plus intégrés à l'architecture globale du système et leur rôle de remboursement pris en compte lors de l'élaboration des politiques de protection sociale, au point d'en devenir à certains égards une variable d'ajustement de l'AMO. Mais, si les complémentaires maladie sont intégrées dans l'équilibre économique de couverture des soins, elles semblent l'être moins s'agissant de la délibération politique elle-même. En effet, il semble que l'UNOCAM ne soit pas encore véritablement reconnue comme interlocuteur politique au regard de l'efficacité de ses avis. Pour plusieurs témoins, il est peut-être plus facile d'être reçus par le cabinet depuis la création de l'UNOCAM, mais tous s'accordent pour dire que leurs avis sont insuffisamment suivis. Il est vrai que la nécessité de consensus peut avoir pour effet d'affadir le contenu et même la légitimité de ces avis, mais le fait est qu'ils sont jusqu'à présent sans grande portée. On peut même se demander si le fait d'être réunis en association augmente l'influence des organismes de complémentaires santé, car s'il est évident que l'UNOCAM n'a pas à se substituer à la puissance publique - le gouvernement reste le seul à décider de l'opportunité de suivre ou non ses avis - on peut tout de même s'interroger sur la plus-value qui est apportée par l'existence d'une union portant la parole de toutes les complémentaires si celle-ci reste sans effet.

2.2. La participation de l'UNOCAM à des négociations

La construction d'avis et de positions communes est l'une des fonctions principales de l'UNOCAM. Cependant, l'union a d'autres attributions qu'elle espère bien développer puisque son rôle n'est alors plus réduit à une simple consultation : elle peut participer directement à des négociations. Ce désir pour l'UNOCAM de pouvoir exercer toutes ses missions a été exprimé notamment lors de son avis sur le PLFSS de 2008, en précisant qu'il s'agissait d'être associée en amont aux négociations avec les professionnels de santé, d'accéder aux données de santé, de se prononcer sur les tarifs des actes et des prestations ou sur la stabilité de la réglementation.

2.2.1. La participation au CEPS

Nous l'avons déjà signalé, l'UNOCAM siège maintenant avec voix délibérative au CEPS (comité économique des produits de santé)⁴⁰². La participation de l'UNOCAM à ce comité est une fonction tout à fait nouvelle pour les organismes complémentaires. Pour un membre de l'union : *« C'est un domaine où on a beaucoup encore à apprendre. Et c'est un domaine où il est un peu difficile de caler les positions de l'UNOCAM ; et surtout quelque part de développer une véritable stratégie*

⁴⁰² « Le CEPS contribue à l'élaboration de la politique du médicament, il met en œuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en particulier, le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments, au suivi des dépenses et à la régulation financière du marché. Pour mener cette action le comité peut conclure avec les entreprises ou groupes d'entreprises des conventions portant sur le prix des médicaments et son évolution, sur les remises, sur les engagements des entreprises concernant le bon usage des médicaments et les volumes de vente, sur les modalités de participation des entreprises à la mise en œuvre des orientations ministérielles. Dans le cadre des orientations qu'il reçoit des ministres, le CEPS est chargé de proposer les tarifs de remboursement des produits et prestations de l'article L. 165-1 du CSS et, le cas échéant leur prix. Il peut pour la fixation de ces tarifs et de ces prix conclure avec les praticiens, les fabricants ou les distributeurs concernés des conventions pouvant notamment porter sur les volumes de ventes. Le CEPS assure un suivi périodique de ces dépenses » source : <http://www.sante.gouv.fr/ceps/>

avec des alliances pour réussir à faire valoir certains points de vue. C'est un travail de longue haleine je dirais qui est bien démarré par Martine Stern. Il y a un groupe qui se réunit qui travaille avec elle. Il y a du travail c'est compliqué. (...) C'est-à-dire qu'au-delà des problèmes de services rendus par le médicament, il y a des problèmes qui interfèrent. Donc le prix des médicaments quelque part ne se fixe pas totalement et exclusivement en fonction de critères économiques objectifs. Il y a des considérations de nature industrielle, etc. ». La présence de l'UNOCAM semble importante au regard des préoccupations propres à l'AMC. Selon ce même témoin, « on voit bien que les positions peuvent être différentes selon que ce sont des médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, où là notamment l'assurance maladie va regarder avec une grande attention le niveau de prix de ces médicaments. Et puis les médicaments remboursés à 15% ou 35 % par l'assurance maladie. Elle va regarder mais peut être pas avec la même intensité. Par contre, nous, on va vouloir regarder avec une plus grande intensité la fixation du prix de ces médicaments ».

Une certaine confidentialité devant entourer les discussions qui se passent au CEPS, c'est un comité très restreint qui statue au sein de l'UNOCAM. Mais ces décisions ont-elles un poids réel sur les décisions du CEPS ? L'UNOCAM n'a qu'une voix sur les dix que compte ce comité. Mais c'est une voix délibérative et c'est donc, comme le souligne un responsable de l'Union, un « *exercice plein et entier* ». De plus cette voix est en mesure de modifier les équilibres au sein du comité. En effet, il y avait 9 voix auparavant donc une « majorité automatique » ; l'arrivée de l'UNOCAM fait que le CEPS compte aujourd'hui un nombre pair de voix. Or, la voix de l'UNOCAM vient renforcer celles des financeurs au sein du comité. En effet, sur certains dossiers, il est possible de passer des alliances avec les trois représentants des régimes obligatoires (2 pour la CNAM, et un pour le RSI et la MSA), et éventuellement avec la DSS, dont les positions sont proches de celles des financeurs. La voix de l'UNOCAM ne suffit pas à obtenir une majorité (5 voix sur 10), mais à pousser le président du CEPS à sortir de sa neutralité en faisant usage de sa voix prépondérante. Dans les discussions au CEPS, l'UNOCAM bénéficie donc *a priori* d'un vrai poids.

2.2.2. Les négociations avec l'UNOCAM

Nous arrivons maintenant au cœur de ce que devait être le rôle de l'UNOCAM : la gestion coordonnée du système entre AMO et AMC. Cette cogestion peut passer par les avis des complémentaires. Mais elle suppose aussi une intégration plus importante de ces organismes au système, par le biais de mise en commun des données de santé au sein de l'IDS, mais aussi par la possibilité de négociations tripartites entre les professionnels, l'UNOCAM et l'UNOCAM.

Les relations avec l'Assurance Maladie ne sont pas une chose nouvelle pour les complémentaires, mais la réforme de 2004 a engendré de nouveaux sujets de discussion ainsi qu'une réorganisation des rapports avec les complémentaires en général. Un département a été créé spécifiquement auprès de la direction générale afin de servir de point d'entrée à toutes les discussions entre AMO et AMC. Ce pôle s'est construit sur les structures qui servaient déjà aux relations avec les complémentaires, mais les relations sont maintenant plus fréquentes et plus riches.

2.2.2.1. Les discussions sur les questions techniques et les avis

a) Les divers canaux de discussion entre AMO et AMC avant la réforme de 2004

Les discussions entre les complémentaires santé et l'assurance maladie obligatoire ne datent pas de 2004. Dès les années 1980, la question d'une gestion informatisée des flux d'information entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie a posé la question de l'intégration des complémentaires dans le dispositif. Un seul système devait-il permettre de gérer tous les flux ou les complémentaires allaient-elles développer leur propre réseau informatique ? Dans tous les cas, il

fallait que les normes informatiques soient compatibles pour permettre le transfert des informations. Ces discussions nécessitent d'être renouvelées fréquemment à l'occasion d'ajustements techniques ou de réformes. Par exemple les divers tarifs des praticiens, selon le respect du parcours de soins ou pas par les patients, ont du être intégrés dans les systèmes informatiques de l'AMO et de l'AMC. La gestion des systèmes de donnée semble avoir été l'un des premiers points de discussions régulières entre les complémentaires et la CNAM⁴⁰³.

Ces questions ne sont d'ailleurs pas que techniques. En effet, elles ont même généré des problèmes lors de discussions récentes avec l'UNOCAM, qui redoutait que la forme d'échange entre AMO et AMC induise une trop grande homogénéisation des organismes complémentaires. Pour un de leurs représentants, *« la DSS (...) a essayé de promouvoir l'idée qu'il fallait que tout les flux informatiques, en direction des complémentaires soient homogènes, soient normalisés tous de la même façon. (...) Derrière les flux de l'information, pour être concret et un peu caricatural, la DSS voulait que la facture produite par un professionnel de santé parte à l'Assurance Maladie Obligatoire, que l'Assurance Maladie Obligatoire prenne dedans ce qui l'intéresse, et rétrocede ensuite, répercute sur l'Assurance Maladie Complémentaire la partie qui la concerne. Voilà. Alors que nous, les complémentaires, on est plutôt dans un schéma qui est un schéma dit d'éclatement à la source. Où le professionnel de santé fait sa facture et il y a dans son ordinateur une moulinette qui va permettre d'éclater la facture en deux partie : une pour l'obligatoire et une pour le complémentaire. Et derrière ce schéma que proposait la DSS, il y avait clairement une volonté d'homogénéiser par le bais des systèmes d'information, d'aller très loin dans l'homogénéisation, jusqu'à aller vers une homogénéisation des garanties »*. Les questions techniques peuvent donc performer le système suffisamment pour que les organismes complémentaires s'intéressent à leurs implications politiques. Mais la plupart du temps, elles sont gérées à un niveau plus administratif.

La loi sur la CMU a également considérablement augmenté les occasions de discussions entre AMO et AMC. La participation des organismes de couverture santé complémentaire à un dispositif solidaire a nécessité une mise en place technique menée en étroite collaboration avec elles. Ainsi, si les questions concernant la CMU sont traitées à part au sein de la CNAM lors de négociations séparées des autres négociations conventionnelles, la volonté d'organiser ses relations avec les complémentaires s'est faite jour. A cet égard, un nouveau pôle dévolu à la communication avec les complémentaires a été institué au sein de la CNAM. Des personnes sont donc chargées de centraliser toutes les questions qui peuvent se poser à ce propos, et de mobiliser les services concernés pour préparer les dossiers.

C'est d'ailleurs à cette époque qu'une première tentative avortée de négociation concertée sur la question des remboursements des soins dentaires avait été menée. Nous nous y intéresserons plus loin, mais notons déjà que, dès la loi sur la CMU, on commence à envisager d'intégrer davantage les complémentaires dans les discussions concernant les soins pour lesquels leur remboursement est majoritaire.

La Mutualité a la particularité d'avoir depuis longtemps de représentants mutualistes au sein du conseil de la CNAM. Ces personnalités, désignées par la FNMF, avaient déjà une voix délibérative au sein du conseil et participaient donc à la gestion de l'AMO. Tout un travail de formation et de discussions a été mis en place au sein de la FNMF, autour de ces représentants à la CNAM, dans les URCAM et les CPAM. Toutefois, la FNMF a nettement séparé les structures concernant les représentants dans les conseils des caisses et ceux qui siègent à l'UNOCAM et il semble que la fédération n'a pas voulu lier sa pratique de gestion de l'AMO avec sa pratique de gestion politique des relations entre AMO et AMC. Les membres mutualistes du conseil de la CNAM ne sont ainsi pas présents au conseil des mutuelles de santé⁴⁰⁴. Les personnes que nous avons vues à la CNAM n'ont pas observé non plus de liens particuliers entre ces différents intervenants au titre de la

⁴⁰³ Certains des échanges sur ces sujets se produisent dans le cadre du GIE Sesam-Vitale permettant des échanges sécurisés entre assurance maladie obligatoire, complémentaires et professionnels de santé.

⁴⁰⁴ L'instance qui mandate les mutualistes qui siègent à l'UNOCAM.

mutualité, même si les administrateurs FNMF de la CNAM et de l'UNOCAM portent évidemment un même discours qui est celui de la Mutualité. Ainsi pour un salarié de la CNAM : « *Vraiment il est administrateur au titre de la FNMF, il prend des positions, il s'exprime au conseil d'administration de la CNAM, mais c'est vraiment étanche. Pour moi, c'est étanche* ».

b) la coordination technique UNOCAM-UNCAM

L'UNOCAM ne rend pas d'avis à la seule destination du législateur. Elle a également été amenée à rendre régulièrement des avis à l'UNCAM sur les sujets les plus divers. Des relations plus fréquentes et étendues se sont alors nouées avec l'UNCAM et donc avec la CNAM, UNCAM et CNAM étant en pratique largement confondue.

La majorité de ces relations entre la CNAM et les complémentaires passent par le bureau consacré aux relations avec l'UNOCAM⁴⁰⁵. Celui-ci centralise toutes les questions concernant les complémentaires, que ce soit les demandes émanant de l'UNOCAM, ou toutes les questions que des employés de la CNAM peuvent se poser concernant l'AMC. A partir du moment où un dossier est lancé, c'est ce bureau qui sera chargé de faire appel aux personnes concernées par ces dossiers au sein de la CNAM, que ce soit la DDGOS⁴⁰⁶ ou les directions informatiques ou statistiques... C'est dans ces divers bureaux que seront élaborés les plans, stratégies possibles, données à transmettre, qui peuvent être utiles à l'enrichissement du dossier. Elles seront ensuite renvoyées vers le bureau des relations avec l'UNOCAM qui en assurera la coordination. En effet, les questions traitées sont extrêmement diverses et précises, et ne peuvent donc être prises en charges intégralement par les responsables du bureau gérant les relations avec les complémentaires. La question des complémentaires est « transversale » par rapport aux différents problèmes qui peuvent être traités par la CNAM. L'une des compétences des membres de ce bureau est donc de savoir qui contacter au sein de la CNAM, afin de pouvoir donner une réponse adéquate aux problèmes touchant les complémentaires.

La création de l'UNOCAM n'a pas été un problème au sein de la CNAM, ou du moins avec ses interlocuteurs, puisque la construction d'une relation avec l'AMC lui est antérieure. Pour une personne qui travaille ainsi avec les fédérations des organismes complémentaires, « *comme il y avait déjà avant un début de structuration des relations avec les fédérations, même si c'était plus technique, (...) j'avais déjà mon réseau.*

Q : Au sein de la CNAM.

R : Au sein de la CNAM. Donc, j'ai pas eu l'impression du tout que c'était mal perçu. Au contraire je dirais que... ça s'est fait naturellement en fait, parce que j'avais déjà identifié un certain nombre d'interlocuteurs, et du coup j'étais moi aussi identifié. »

Dans la continuité de son rôle avant la réforme de 2004, le bureau des relations avec l'UNOCAM traite donc de toutes les questions techniques. Chaque réforme a forcément un impact sur le système d'information, et les complémentaires doivent pouvoir s'adapter à ces transformations, d'autant que, pour le moment, pour la plupart des transactions, le système de l'AMO se trouve en amont de celui des complémentaires. Tous les points concernant les remboursements complémentaires sont donc traités par ce bureau au sein de la CNAM et sur la plupart des sujets, c'est l'UNOCAM qui vient négocier et non plus les fédérations, à l'exclusion des sujets concernant exclusivement une fédération⁴⁰⁷. En général, lors de ces discussions, un représentant de chaque fédération est présent, même s'il semble que cette règle s'assouplisse au fil du temps.

⁴⁰⁵ Même lors des contacts directs entre le directeur et l'UNOCAM le bureau peut être ensuite sollicité sur certains dossiers.

⁴⁰⁶ Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins.

⁴⁰⁷ La mise en place d'un système d'identification particulier pour les courtiers dans les échanges NOEMIE ne concernait que la FFSA, qui est seule à avoir des courtiers. Dans ce cas c'est elle seule qui est venue discuter. De même,

Entre juin 2005 et octobre 2007 l'UNOCAM a rendu 33 avis à la CNAM⁴⁰⁸. La plupart de ces saisines ont trait aux conventions avec les professionnels et aux tarifs, ou à la classification commune des actes médicaux. Notons qu'aucun avis de non consensus n'a été rendu sur la période. Lors des demandes d'avis, le bureau des relations avec l'UNOCAM est prévenu par les services concernés qu'une demande de saisine va avoir lieu. On lui donne alors les documents nécessaires pour préparer la saisine qui sera transmise à l'UNOCAM. La CNAM est en effet amenée à fournir à l'union des données chiffrées pour qu'elle puisse prendre sa décision, et auxquelles les complémentaires n'avaient pas accès auparavant. La question des données de soins restent toutefois une question toujours extrêmement délicate (voir ci-dessous).

Enfin, le bureau des relations avec l'UNOCAM prépare également les réunions techniques préparatoires aux négociations tripartites, s'il y a lieu. Sur le secteur optionnel il y a eu ainsi de nombreuses évaluations statistiques, notamment sur les dépassements par profession. Ces réunions préparatoires entre experts de la CNAM et de l'UNOCAM se font en parallèle de réunions plus politiques entre l'UNOCAM et le directeur général de l'UNOCAM. Comme nous allons le voir plus bas, sur ce sujet, le directeur prend la main directement pour tout le travail de négociation proprement dite.

c) la question des données de soins

Avant même l'instauration de l'UNOCAM, certains transferts de données existaient lors de contacts avec les complémentaires. Toutefois, depuis la réforme de 2004, tout un ensemble d'évaluations économiques leur est transmise afin que les avis puissent être rendus. Ceci est en soi un changement notable dans la mesure où auparavant, si une revalorisation avait lieu, les complémentaires devaient faire elles-mêmes leurs évaluations économiques.

Mais l'UNOCAM ne se satisfait pas de ces données qui sont construites par et pour la CNAM. Tous les membres de l'UNOCAM dénoncent le faible nombre des données transmises par la CNAM. Pour les avis, les données sont jugées parcellaires, mais surtout les organismes complémentaires voudraient cesser de dépendre de la CNAM pour faire leurs évaluations.

Les organismes complémentaires, qui partagent tous le souhait d'un accès plus large aux données de soins, attendent ainsi beaucoup de leur participation à l'IDS et surtout de leur accès direct aux données du SNIIRAM, ce qui était prévu. Ces données sont pour l'instant encore interdites d'accès aux complémentaires santé, qui ne peuvent d'ailleurs pas non plus utiliser leurs propres données, qui sont pourtant tout à fait complètes en ce qui concerne les dépassements d'honoraires par exemple. Selon un mutualiste : *« Et sur l'accès à l'information le blocage, plus qu'irritant, et que l'on ne veut plus comprendre, est celui du blocage de l'accès aux données du SNIIRAM. C'est prévu. L'IDS a été créé pour ça. Il y a une lettre du ministre précédent, Xavier Bertrand, de 2006 disant tout ce à quoi les complémentaires auraient accès. Le Ministre a passé, le temps aussi, et on ne l'a toujours pas fait. Au point que c'est devenu un réel élément de blocage. C'est pour nous un élément qui montrera si on met en œuvre la loi de 2004 ou pas, vis-à-vis des complémentaires »*.

L'accès à l'information n'a bien sûr pas pour seul enjeu de rendre des avis plus éclairés. Les organismes complémentaires souhaitent pouvoir préciser leurs garanties et choisir ce qu'elles remboursent, notamment en indexant leurs remboursements au service médical rendu. Aujourd'hui les données de soins ne peuvent être utilisées pour une gestion du risque puisque l'AMO y a certes accès, mais ne peut pas sélectionner ce qu'elle rembourse ni les professionnels de santé. Au contraire, l'AMC peut sélectionner ce qu'elle rembourse et créer des réseaux de professionnels, mais n'a pas accès aux données et donc à ce qu'elle rembourse. Finalement aucun des financeurs ne

les problèmes liés aux délégations de gestion du régime obligatoire à des organismes complémentaires ne concernent pas l'UNOCAM.

⁴⁰⁸ 4 en 2005 ; 16 en 2006 ; 13 en 2007 (ce comptage date du mois d'octobre 2007)

pourrait mener une politique efficace en matière de gestion du risque. L'accès aux données du SNIIRAM n'est qu'une première étape pour que les complémentaires puissent avoir des données qui les satisfont.

L'accès aux données de soins est donc une question sensible entre l'UNCAM et l'UNOCAM. A cet égard, du côté de la CNAM, certains admettent que les données n'ont pas forcément été transmises dans la transparence la plus grande « *effectivement y'a eu des réticences à leur communiquer un certain nombre de chiffrages* ».

Mais dans l'évaluation de l'impact des réformes, et dans la négociation avec la CNAM, l'insuffisance des données transmises par cette dernière n'est pas la seule raison des difficultés des complémentaires. Les données que les complémentaires elles-mêmes peuvent construire sont souvent insuffisantes. Comparées aux systèmes d'information de la CNAM, les complémentaires ont des données plus disparates. Il est en effet difficile de centraliser l'information d'organismes en concurrence et dont les garanties sont très différentes, même si les fédérations ou les organismes eux-mêmes font un travail de gestion des données. Or, ces éléments sont aussi nécessaires pour que l'UNOCAM rende ses avis. Pour un témoin à la CNAM, les complémentaires santé devraient « *avoir une cartographie des garanties et avoir un modèle qui permette de recalculer de façon macro, à un niveau de décision UNOCAM, quel va être le coût. Cà, ils ont une difficulté là-dessus. Et puis ensuite pour le même genre de raisons, parce qu'ils sont moins réseau que nous, que ce soit la FNMF ou la FFSA, (...) ils n'ont pas de vraies remontées systématisées de ce que sont leurs dépenses, avec un système d'information aussi performant que nous. Nous on a une tuyauterie directe, alors il peut y avoir des problèmes dessus, mais en gros chaque personne, chaque machine qui traite une feuille de soins elle génère un flux pour payer l'assuré qui a eu des soins, et elle génère un flux qui remonte dans le système d'information chez nous pour signaler qu'il y a eu ce soin. Et on a à la fois la nature du soin et le prix du soin. Et donc faire des consolidations macroéconomiques c'est pas compliqué du tout* ».

2.2.2.2. Les négociations de conventions

L'UNOCAM a été créée au moment où toute l'organisation de l'AMO a été bouleversée par la mise en place de l'UNCAM. Et même si c'est la CNAM qui fournit à l'UNCAM l'essentiel de son infrastructure et de ses moyens, la nouvelle union a changé la donne au sein de l'AMO. L'union des complémentaires n'a donc pas été au centre des préoccupations des régimes obligatoires qui étaient eux-mêmes en pleine reconfiguration. Nous avons vu que la réforme Douste-Blazy limitait encore le pouvoir des partenaires sociaux au profit de celui du directeur. Du point de vue de l'UNOCAM, ce changement est particulièrement important pour tout ce qui concerne les négociations avec les professionnels. En effet, le directeur est désormais leur partenaire dans les négociations sur les conventions médicales, et décide si leur présence est admise ou non.

a) Une intégration de l'UNOCAM au bon vouloir du directeur de l'UNCAM

Les conventions médicales ont été conçues pour que la sécurité sociale permette réellement un accès des assurés aux soins. En effet les fonds alloués aux dépenses santé pouvaient devenir un prétexte d'augmentation des tarifs pour les médecins, davantage qu'une couverture pour leurs patients. Pour pallier ce risque, il a été mis en place une convention entre les médecins et la Sécurité sociale afin de les contraindre à respecter des tarifs négociés⁴⁰⁹. Le revenu des médecins est lié à ces négociations conventionnelles, et toute réforme de l'assurance maladie peut les modifier.

⁴⁰⁹ L'histoire des conventions est riche en péripéties que nous ne détaillerons pas ici. Pour se faire une idée précise des relations entre les médecins et la Sécurité sociale on peut se reporter à Henri Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Editions ouvrières, 1962.

Sur certains secteurs l'opposabilité des tarifs a néanmoins été abandonnée. On pense avant tout au secteur dentaire, pour lequel les tarifs effectifs de la prothèse sont complètement déconnectés de ceux de la Sécurité sociale. C'est alors qu'intervient majoritairement la complémentaire santé qui rembourse les patients des dentistes, mais aussi les dépassements d'honoraires dans certains contrats. Pour le HCAAM, les contrats haut de gamme peuvent ainsi avoir une influence néfaste sur l'évolution des dépenses de santé : *« on peut penser que certaines couvertures complémentaires contribuent à financer l'offre de soins sans contribuer à son optimisation, en particulier en encourageant les producteurs de soins à tirer leurs tarifs vers le haut et en favorisant les dépassements d'honoraires. Cette constatation vise certains contrats collectifs aidés ou certaines couvertures individuelles de haut de gamme »*⁴¹⁰. Il paraît donc capital qu'une coordination puisse s'opérer entre les assurances maladie complémentaires et obligatoire pour qu'une régulation de la dépense de santé soit effective. C'est pourquoi la loi prévoit une concertation entre l'UNCAM (dont le président est responsable des négociations avec les professionnels) et l'UNOCAM. Notons que l'entrée des complémentaires dans le cadre de négociations avec les professionnels est avant tout une revendication de la Mutualité. Pour la FFSA, il suffisait que les complémentaires et l'AMO se mettent d'accord sur la problématique et sur les objectifs de négociation.

Mais, avant tout, l'UNOCAM est tributaire de l'UNCAM et plus précisément de son directeur qui décide ou non de les faire entrer dans le travail de négociation. A première vue on pourrait penser qu'une union des complémentaires serait un allié naturel de l'AMO face aux médecins. En tant que représentants des financeurs, UNCAM et UNOCAM ont le même intérêt à une modération du coût de la santé. Ce type d'alliances AMO-AMC existe d'ailleurs parfois au sein du CEPS. Pourtant, force est de constater que, pour l'instant, les complémentaires n'ont que peu été associées à ces délibérations. Il a été question que l'UNOCAM participe à des négociations à seulement deux reprises depuis sa création, et l'union n'a finalement participé qu'à une seule d'entre elles.

Dans les faits, cette communauté d'intérêt entre AMO et AMC ne se vérifie pas toujours. Le directeur de l'UNCAM (et donc de la CNAM) est tenu d'essayer de réduire le déficit de la Sécurité sociale. Quand il s'agit d'opérer un transfert de charges du régime obligatoire vers les régimes complémentaires, leur participation aux négociations n'est pas souhaitable. Pour un témoin, le directeur de l'UNCAM *« a conscience du fait que les complémentaires ont un rôle à jouer. Mais en même temps, pour lui, c'est peut être mieux de passer en premier, et de limiter les augmentations à son goût en laissant le reste à charge aux complémentaires, car elles sont obligées de suivre. Parce que, plus il limite l'augmentation tout seul, plus il travaille tout seul, plus il peut savoir où ça chute. Parce que plus il travaille avec les complémentaires, il sera peut être obligé de faire plus d'efforts financiers. Parce que les complémentaires souhaiteront par exemple introduire des parcours prévention, introduire, je ne sais pas, développer des actes, des modes de rémunération autres qui coûteront peut être plus cher au régime obligatoire »*.

Selon le type de sujet négocié, le directeur de l'UNCAM a intérêt à multiplier les interlocuteurs, tandis que sur des sujets plus délicats, il a intérêt à les restreindre : *« Ça dépend des cas de figure mais je vais vous dire quelque chose (...) on a un problème de dépenses quand même, d'accord. Donc un des moyens de gagner de l'argent c'est de gagner du temps. Parce que quand vous lâchez 1 € sur la consultation des médecins ben c'est 250 briques. Alors vous divisez par 12, et vous voyez que vous gagnez un mois c'est tant de millions, deux mois c'est tant de millions, tant de millions, tant de millions... Voilà c'est aussi simple que ça. On est dans une négociation financière où l'un des objectifs de la négociation c'est de gagner du temps par rapport au fait de lâcher du cash. Notamment quand c'est du cash pur, et où derrière il n'y a pas de contrepartie qui nous aide à structurer le système de soins, à préparer les économies futures, etc. Voilà. Et deuxième aspect, (...) construire un dispositif médico-économique de prise en charge dans le secteur libéral en lien avec l'hôpital, etc. (...) là c'est un peu plus compliqué, là ça n'est pas le nombre d'interlocuteurs*

⁴¹⁰ HCAAM, note accompagnant l'avis sur les complémentaires santé du 24 Février 2005, p.7.

finalement qui détermine la qualité. Au contraire je dirais. Et très souvent les grandes avancées dans la matière ont été l'objet d'une signature avec un seul syndicat, qui plus est, minoritaire ».
L'UNOCAM apparaît donc comme une variable d'ajustement dont l'UNCAM use en fonction de ses objectifs politiques.

b) La participation en pratique de l'UNOCAM aux négociations tripartites

Nous l'avons dit, il n'a été question d'une participation de l'UNOCAM dans des négociations entre financeurs et professionnels que dans deux cas : la convention dentaire de 2006 et la création d'un secteur optionnel de chirurgie en 2007. *In fine*, l'UNOCAM ne sera associé qu'à cette dernière négociation.

- La négociation sur la convention dentaire de 2006

La première négociation dans laquelle les complémentaires auraient pu être incluses a été celle de la convention dentaire. Dans ce domaine le financement est à peu près divisé en trois parts égales entre les ménages, les complémentaires et l'AMO. La participation de l'UNOCAM était donc parfaitement légitime, mais leur fut refusée.

Le refus ne vint pas de l'UNCAM, pour qui la présence des complémentaires était légitime. En effet, l'AMO a renoncé à rattraper son retard en matière de remboursement dentaire. A ce titre, avant même la création de l'UNOCAM, lors de la réforme de la CMU, une négociation s'était engagée entre la CNAM et les fédérations de complémentaires santé pour envisager la prise en charge commune du dentaire. Cette négociation n'avait finalement pas abouti, mais la CNAM reconnaissait aux complémentaires un rôle d'interlocuteur sur le sujet. Toutefois, il ne s'agissait pas à l'époque de négociations avec les professionnels pour lesquelles la participation de représentants des complémentaires n'était pas encore envisagée.

Au contraire les complémentaires auraient pu être intégrées en tant qu'UNOCAM à la négociation de la dernière convention avec les dentistes, parue au journal officiel du 18 juin 2006, même si, au moment du lancement des discussions, l'union n'était pas encore bien constituée. La convention dentaire a même été l'une des premières discussions d'importance pour laquelle les complémentaires ont réussi à se mettre entièrement d'accord, alors que leurs positions de départ divergeaient. La Mutualité revendiquait des tarifs opposables pour la prothèse, alors que pour la FFSA, une telle homogénéisation des tarifs pour la prothèse limitait le jeu concurrentiel des complémentaires autour du dentaire. Or le dentaire est une activité capitale pour l'AMC (les assureurs s'étaient même proposés de gérer sa couverture au premier euro) et, en 2005, tous les opérateurs étaient d'accord pour ne pas laisser filer les prix dans ce secteur. La solution trouvée à l'UNOCAM était de combiner une liberté tarifaire au niveau micro économique, c'est-à-dire au travers de l'abandon par la mutualité de tarifs opposables, et une régulation macroéconomique par le biais d'un observatoire et de l'engagement de la profession de ne pas laisser augmenter l'enveloppe globale du secteur dentaire. En cas de dépassement, les praticiens devraient alors redéployer leur activité vers l'odontologie conservatrice, dont les tarifs auraient été réévalués aux dépens de la prothèse.

L'UNOCAM avait donc un principe général, une base de négociation pour travailler avec l'UNCAM et les professionnels. Pour Jean-Michel Laxalt, le président de l'UNOCAM, c'était un signe fort pour les membres de l'Union comme pour ses interlocuteurs : *« Nous sommes là à fin juin 2005, l'UNOCAM a été récemment créée. La négociation entre les caisses et les professionnels n'était pas encore ouverte. Et l'UNOCAM écrit aussi bien aux caisses qu'aux syndicats dentaires en présentant une plateforme des complémentaires. Ma foi, la preuve par les faits : "malgré nos différences et concurrences, nous avons bâti une plateforme en commun, avec toute une présentation structurée, organisée, d'une réorganisation des soins dentaires et des rémunérations".*

(...) Alors, avant même que ça commence, c'était entièrement formalisé par rapport aux acteurs. Première fois aussi que ça se produisait. Il y a quand même des signes, je ne dis pas que tout est... mais il y a des signes forts. Et malgré ça, comme vous le dites, ça n'a pas eu lieu ».

En effet, pour que l'UNOCAM participe à une négociation tripartite, trois conditions doivent être remplies : elles doivent être concernées, l'UNCAM doit avoir donné son accord, et les professionnels de santé doivent aussi être d'accord. Dans le cas de la convention dentaire le conseil de l'UNCAM s'est prononcé pour la présence de l'UNOCAM aux négociations, mais les syndicats de chirurgiens dentistes s'y sont opposés, préférant négocier séparément avec les deux interlocuteurs.

La raison officielle de l'absence des complémentaires à la table des négociations est donc le refus des syndicats dentaires, mais officieusement, beaucoup pensent que le directeur de l'UNCAM aurait pu faire davantage pression sur les syndicats de chirurgiens-dentistes, mais qu'il avait aussi intérêt à l'absence de l'UNOCAM, ainsi avait-il les mains plus libres face aux professionnels.

En effet, plusieurs interviewés de la CNAM ont expliqué que la perception par l'UNOCAM des négociations conventionnelles était « un peu datée » et les positions qu'elle portait n'avaient, depuis des années, permis aucun accord avec les chirurgiens dentistes. La position des complémentaires apparaît en décalage avec les pratiques de négociations, en particulier depuis l'arrivée du dernier directeur. Pour un salarié de la CNAM, l'arrivée de ce dernier a initié une nouvelle manière de négocier plus professionnelle. *« A la fois nos négociations sont beaucoup plus préparées, sont très construites en amont, et différents scénarios de sortie sont prévus. Il y a une professionnalisation de la fonction de négociation dans la préparation et dans l'exécution (...). Maintenant en négociation, les gens qui travaillent dans mon secteur ils viennent derrière, ils sont là avec les machines et ils peuvent chiffrer quelque chose. Ça se faisait sur un coin de table avant, mais il faut dire que les choses étaient moins compliquées. Et puis, ils travaillent sur des modèles économiques qui ont été préparés avant. (...) Maintenant, avec le parcours de soins, quand vous avez la majoration pédiatre, la majoration machin de coordination... Vous voyez, c'est plus compliqué, sans parler des objectifs de maîtrise médicalisée de prise d'antibiotiques, etc. Faut voir le niveau de complexité ».* La contrainte financière oblige également à conclure des accords, y compris lorsque les avancées sont modestes : *« Ça oblige à plus de pragmatisme. Et puis, si vous voulez, comme nos objectifs sont très affirmés et encore plus pressants (...) parce qu'à chaque fois on s'en sort avec des histoires de franchises. Il y a quand même intérêt, même si on semble céder de l'argent à chaque fois : en face là on a mis quelque chose. On a rentré plus fort la maîtrise médicalisée, on a individualisé un peu plus le conventionnement pour permettre... Contrairement à ce qu'on croit c'est pas pour dominer les médecins, mais pour tirer vers le haut un certain nombre de personnes qui sont prêtes à avoir des pratiques plus vertueuses que les autres, et ainsi de suite. Et sur chaque dossier, sur chaque profession on a eu un projet précis : dentaire mettre en place une vraie prévention, infirmières quand elles ont des rapports de démographie qui vont de 1 à 7, construire un dispositif démographique ».*

Selon l'UNCAM, pour le dentaire, le projet des complémentaires n'était pas réaliste du point de vue de la situation et des objectifs de l'AMO. Pour aboutir à un accord avec les professionnels, on ne pouvait envisager une forte réorientation entre soins conservateurs et prothèse. Le pragmatisme appelait à préférer à cette solution portée par les complémentaires, celle de mettre l'accent sur la prévention afin de diminuer la prévalence des problèmes dentaires dans l'avenir. *« Donc nous notre pari c'était un pari d'ingénieur des eaux et forêts. C'est-à-dire qu'on s'est dit "tant pis on essaie de restructurer la pratique simplement en investissant très fortement sur la prévention, notamment avec l'aide d'un dispositif légal". On a un dispositif de prévention qui couvre de 6 à 18 ans. Et derrière on a, en fonction de nos moyens, revalorisé assez fortement les soins conservateurs les plus précoces, parce que par rapport à un dispositif de prévention portant sur cette tranche d'âge c'est très important d'inciter aussi les chirurgiens dentistes à pratiquer ces soins conservateurs dits précoces (...) Donc on s'est dit « on travaille pour l'avenir » et on essaie de construire maintenant une génération... D'autant plus que d'autres mesures, l'amélioration de l'alimentation, les eaux*

fluorées, les sels et tout fait que, de toute façon, assez naturellement si je puis dire, indépendamment du dispositif de prise en charge, la situation carieuse s'améliore. (...) C'est un domaine où la prévention vous pouvez la modéliser »⁴¹¹. Le dispositif de prévention annuel pour les moins de 18 ans a donc été étendu⁴¹². Certains se demandent d'ailleurs si ça n'est pas cet accent mis sur la prévention, qui a fait que les complémentaires, qui avaient souvent de telles garanties dans leurs contrats, soient si hostiles au projet.

Les organismes complémentaires ont tout de même tenté de faire entendre leur point de vue en s'adressant à l'UNCAM. En juin 2005, l'UNOCAM envoya un document au directeur de l'UNCAM pour lui faire part de son analyse. Mais l'UNOCAM ne fut associée aux discussions par l'UNCAM qu'à la demande du Ministre et à la fin du processus, le 3 mars 2006, alors que plus grand-chose ne pouvait être modifié dans le texte de l'accord (préalable à la convention). Pour Daniel Lenoir qui est directeur général de la FNMF et membre du bureau de l'UNOCAM : « *Cet accord est d'abord inacceptable par sa méthode, car il a été négocié uniquement entre l'Uncam et les syndicats dentaires alors que l'effort financier est essentiellement supporté par les complémentaires* »⁴¹³ pour un montant évalué à 90 millions d'euros pour les complémentaires⁴¹⁴. Les trois familles de complémentaires étaient d'ailleurs d'un avis identique s'agissant de l'accord entre l'UNCAM et les syndicats dentaires, sur la forme comme sur le fond.

Sur la forme, l'UNOCAM fit paraître un communiqué de presse le 15 mars 2006.

« L'assurance maladie a élaboré avec les syndicats de chirurgiens-dentistes un projet de protocole d'accord qui fixe l'essentiel des mesures qui seront formalisées ensuite dans une nouvelle convention dentaire. Alors que les discussions entre l'Assurance maladie et les chirurgiens-dentistes duraient depuis des mois, l'UNOCAM n'a été invitée que le 3 mars dernier à une réunion tripartite. Il est apparu au cours de celle-ci que l'UNOCAM ne pourrait sans doute obtenir aucune modification significative du projet de protocole, en dépit de ses incidences financières lourdes pour les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Aucune des propositions de l'UNOCAM, formulées pourtant depuis l'été dernier, n'a été pour l'instant prise en considération :

- *une revalorisation ciblée en priorité sur les soins conservateurs précoces, permettant de limiter le recours aux extractions et aux prothèses ;*
- *un rappel de l'opposabilité des tarifs d'honoraires sur les actes de soins conservateurs ;*
- *un engagement conventionnel des chirurgiens dentistes à ce que le rééquilibrage entre soins conservateurs et prothétiques se traduise par une réduction réelle et mesurable des honoraires de soins prothétiques, évaluée de manière tripartite.*

*Dans ces conditions, si l'Assurance maladie décidait d'entamer la négociation conventionnelle sur les bases du protocole d'accord actuel, l'UNOCAM ne pourrait s'y associer et dénoncerait l'absence d'une coordination réelle avec les organismes d'assurance maladie complémentaire »*⁴¹⁵.

⁴¹¹ Entretien avec un salarié de la CNAM.

⁴¹² Le dispositif de prévention défini au titre Ier de la présente convention prévoit un examen systématique annuel de prévention pour les jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

La rémunération de cet examen est fixée initialement à 25 €. Elle est versée directement par la caisse d'assurance maladie au chirurgien-dentiste.

Cet examen peut être complété (si nécessaire) par une prise de radiographie(s) intrabuccale(s) rémunérée(s) sur la base d'un forfait, quelle que soit la technique utilisée, de la façon suivante :

- pour la réalisation d'un ou deux clichés : 11 € ;
- pour la réalisation de trois ou quatre clichés : 22 €.

Extrait de la convention dentaire du 18 juin 2006.

⁴¹³ FNMF, AFIM n°2760, « Dentaire, une facture d'au moins 90 Millions pour les complémentaires »

⁴¹⁴ « *En effet, pour les complémentaires, le coût de cet accord sera «au minimum de 90 millions d'euros», précise Daniel Lenoir. Appliquées au 1er mai, les revalorisations de soins conservateurs s'élèveront à environ 280 millions d'euros. Pour les financer, les syndicats de dentistes ont accepté que les cotisations sociales sur les dépassements d'honoraires ne soient plus prises en charge par l'assurance maladie, ce qui représente 137 millions d'euros. La contribution supplémentaire de l'assurance maladie ne sera donc que de 69 millions d'euros* » : FNMF, AFIM n°2760

⁴¹⁵ Communiqué de presse du 15 mars 2006, <http://www.annuaire-secu.com/pdf/unocam150306.pdf>.

Sur le fond, nous avons vu les divergences entre l'UNOCAM et l'UNCAM. Les organismes complémentaires critiquent le redéploiement des tarifs inscrit dans la nouvelle convention, qu'il s'agisse de la revalorisation des soins pré-prothétiques plutôt que des « vrais » soins conservateurs - par exemple les extractions ont été fortement revalorisées alors qu'elles conduisent quasiment toujours à une prothèse -, ou qu'il s'agisse directement du développement de l'accès aux soins prothétiques⁴¹⁶ - « *Les parties signataires entendent engager, en partenariat avec l'UNOCAM, une politique concertée ayant pour objectif de permettre l'accès aux soins prothétiques les plus courants* »⁴¹⁷. Cet objectif n'est pas jugé légitime par les fédérations de complémentaires dans la mesure où « *vous avez un constat de santé publique : les français sont le pays d'Europe où les soins conservateurs sont les plus insuffisants et où il y a la plus grande fréquence de soins prothétiques. Et comme l'équilibre économique des cabinets dentaires c'est les soins prothétiques, on met le paquet sur les soins prothétiques. Ça c'est extraordinairement choquant* »⁴¹⁸.

Le galop d'essai de l'UNOCAM en termes de négociation conventionnelle a donc été un échec. C'est donc avec une amertume certaine que les organismes complémentaires considèrent la convention de 2006. Pour un mutualiste : « *On ne pouvait pas faire mieux que de dire « nous on est prêts » et personne n'a saisi. (...) Dans le protocole il est prévu un observatoire, où il y a d'ailleurs l'UNOCAM⁴¹⁹ et y'a eu une réunion de cette observatoire et c'est là qu'on a pu observer l'augmentation des coûts (...)*

Q : Et que doit faire l'observatoire mis à part constater ?

R : Il observe. (...) Voilà, il observe. Et il va continuer à observer. Voilà. Donc c'était quand même le plus mauvais exemple que pouvaient donner les caisses et les professionnels, dans un domaine où les complémentaires ne sont pas complémentaires ».

- La tentative de création d'un secteur optionnel de chirurgie

En 2007, pour la première fois, l'UNOCAM a participé à une négociation tripartite. Celle-ci concernait la revalorisation des tarifs des médecins chirurgiens de secteur 1. En effet, en France, les chirurgiens peuvent très facilement passer en secteur 2 et donc pratiquer des honoraires libres. Si l'entrée dans ce secteur nécessite certaines preuves d'excellence académiques, la formation des chirurgiens en elle-même leur permet d'y prétendre. Pour un salarié de la CNAM, laisser la différence de revenus se creuser entre les chirurgiens des deux secteurs risque de faire disparaître progressivement le secteur 1 respectant les tarifs conventionnels.

Pour réduire les écarts de revenus, outre une revalorisation des tarifs du secteur 1, une solution envisagée fut de créer un secteur optionnel permettant des dépassements de tarifs plafonnés pour une partie des actes et à condition de se conformer à certaines exigences de qualité. Cette solution avait déjà été validée sur son principe lors de négociations entre les chirurgiens et la CNAM en août

416

Acte	Cotation avant revalorisation	Cotation après revalorisation	Différence	Prix avant revalorisation	Prix après revalorisation	Différence
ADULTES						
Reconstitution coronaire 1 face	SC6	SC7	1	14,46	16,87	2,41
Scellement de sillons	SC8	SC9	1	19,28	21,69	2,41
Reconstitution coronaire 2 faces	SC9	SC12	3	21,69	28,92	7,23
Reconstitution coronaire 3 faces	SC15	SC17	2	36,15	40,97	4,82
Pulpectomie groupe incisivo-canine	SC10	SC14	4	24,10	33,74	9,64

⁴¹⁷ Convention dentaire du 18 juin 2006 p 10.

⁴¹⁸ Entretien avec Gille Johanet (FFSA).

⁴¹⁹ Malgré son opposition à la convention de 2006 qui en est à l'origine, l'UNOCAM a fait le choix de participer au financement et au travail de l'observatoire buccodentaire destiné à examiner l'évolution des dépenses dentaires. Mais les membres de l'UNOCAM ne se montrent pas non plus convaincus par cette institution, qui ne peut prendre de mesure de coercition.

2004, avant la création de l'UNOCAM, sans toutefois avoir été mise en œuvre en pratique. L'accord de 2004 prévoyait un financement par le régime obligatoire mais aussi par les complémentaires, ce qui fait dire à un membre de l'UNOCAM que *« nous nous sommes embarqués nous, UNOCAM, dans une affaire décidée avant nous et sans nous. C'est aussi un accord de 2004 dans lequel il était dit que les chirurgiens bénéficieraient d'une rémunération améliorée, solvabilisée par l'obligatoire et les complémentaires. (...) Comme ça, et ils avaient signé ça entre eux. En disant que ça serait payé par l'obligatoire et le complémentaire »*.

Fin 2006 le directeur de l'UNOCAM engagea les discussions pour mener à terme la réalisation d'un secteur optionnel et cette fois les syndicats de médecins acceptèrent la présence de l'UNOCAM. Il aurait été difficile de le refuser d'ailleurs, alors que le texte de l'accord de 2004 stipulait explicitement qu'une partie de la charge serait financée par l'AMC.

Du côté des complémentaires la définition d'une position commune butait sur les divergences traditionnelles entre mutualistes et assureurs : la FNMF refuse les dépassements et la FFSA est toujours très prudente quand il s'agit de réguler le marché. Mais les deux fédérations s'accordèrent sur le fait que les dépassements en secteur 2 n'étaient plus soutenables, puisqu'ils impliquent une augmentation des coûts sans aucune garantie de service rendu supplémentaire pour l'assuré. Ce que confirme un assureur : *« R : Euh bon ça fait des années que je leur dit "attendez nous le secteur 2 on ne le défend pas, c'est du mauvais chiffre d'affaire" (...) »*

Q : En quoi c'est du mauvais chiffre d'affaires ?

R : Parce que il n'y a aucune contrepartie pour le client à la hausse des honoraires et donc des primes, c'est tout.

Q : Et pour l'assurance il n'y a pas d'avantage à...

R : Ah mais nous on est en concurrentiel, de plus en plus féroce, alors augmenter les primes sans contrepartie pour le client, c'est malsain ».

Ainsi, une position commune a pu être trouvée qui consistait à accepter une prise en charge par les complémentaires des dépassements de tarifs à condition qu'une amélioration de la qualité des soins la justifie. Cette amélioration devait être mesurable sur la base de critères définis par la HAS.

Cette position fut soumise aux partenaires de l'UNOCAM dans la négociation mais aucun accord n'a pu être trouvé. Les membres de l'UNOCAM sont là encore déçus par le résultat de leur travail : *« On se rencontre, mais il ne se passe rien. Parce que la CNAM, ça l'énerve que les complémentaires disent "moi je suis prêt à payer, mais s'il y a de la qualité, donc je vais contrôler la qualité". Or le système de santé français est un système géré par une assurance maladie qui contrôle tout sauf la qualité. Donc voilà et les professionnels de santé... Donc on y est intégrés, on y passe du temps, mais le résultat... »⁴²⁰.*

Alors que certains représentants des complémentaires soupçonnent que cette négociation n'aboutira jamais et qu'elle aurait été lancée fin 2006 pour des raisons électorales sans réel désir de les achever, du côté de l'AMO, ce serait encore les ambitions des complémentaires qui sembleraient trop hautes pour arriver à un résultat : *« Sur la chirurgie ils voulaient "nettoyer les écuries d'Augias" (...) Bon on comprends bien pourquoi : parce que la prise en charge des soins chirurgicaux commence à devenir un problème pour les complémentaires, y compris avec le côté dépassements, qu'ils soient officiels ou officieux, c'est un vrai sujet. Donc quand vous payez une complémentaire [et que], lors des opérations chirurgicales, vous vous apercevez qu'il y a un problème de couverture malgré ce que vous payez... Alors là vous pouvez payer une complémentaire, même très chère, le mec demandant des dessous de table, demandant des honoraires faramineux non prévus...c'est un vrai sujet. Donc les complémentaires sont très "plafonds"⁴²¹. Alors nous on devrait l'être aussi, mais nous en même temps, il faut qu'on sorte du*

⁴²⁰ Entretien avec un assureur.

⁴²¹ Entendre « favorables aux plafonds ».

dossier (...) donc on essaye de favoriser les secteurs 1... Le parcours est quand même très orienté pour favoriser tous les professionnels qui exercent en secteur 1. [Dans] la loi de financement de cette année (...) il y a une disposition qui fait beaucoup de bruit qui est d'obliger les médecins en secteur 2 à faire une partie de leur exercice en opposable. Donc on ne laisse pas du tout tomber le sujet, mais c'est vrai que, quand on est en négociation frontale avec les médecins, on ne peut pas toujours s'exprimer avec la même vigueur que dans une loi »⁴²². Ainsi, la position de l'UNOCAM paraîtrait trop « radicale » pour permettre un accord avec les professionnels.

La première participation effective de l'UNOCAM à une négociation conventionnelle s'achève donc sur un nouvel échec.

Conclusion

Quel bilan peut-on faire de la création de l'UNOCAM, et à travers elle, de la capacité des représentants des complémentaires santé à peser sur la régulation de la couverture maladie ? Comme nous l'avons vu, l'union a finalement pu se constituer assez rapidement. Et malgré leurs différences, les trois familles de complémentaires ont su trouver des intérêts communs et structurer leur union en particulier face à l'AMO. Ainsi, même si tous les sujets ne peuvent être évoqués ou que les avis de l'UNOCAM sont parfois tièdes faute de positions véritablement conciliables entre les familles de complémentaires santé, il est finalement rare qu'il soit impossible pour l'union de donner les avis sollicités. Même dans le cadre plus « délicat » des négociations conventionnelles, l'union a été capable de défendre une position commune. Pourtant, l'UNOCAM n'a, en tant que telle, ou à quelques exceptions près, jamais pu véritablement peser sur la régulation de la couverture des soins. A cet égard, on peut voir que parmi les attributions de l'UNOCAM, peu ont été réellement remplies. Pour ce qui est de fournir des avis ou de siéger dans les instances dans lesquelles elle est acceptée, l'union parvient à jouer son rôle sans pour autant être assurée de pouvoir être entendue. Même dans ce cas, les complémentaires dénoncent le fait d'être associées trop tardivement ou d'être sollicitées sur des questions qui leur semblent parcellaires. Mais plus encore, s'agissant des deux points les plus intéressants de sa mission, l'UNOCAM a été maintenue à l'écart. D'une part la gestion coordonnée du risque n'a pas été mise en place et les complémentaires n'ont toujours pas accès aux données qu'elles réclament. D'autre part, leur participation à des négociations conventionnelles a été limitée à une occasion et celle-ci n'a pas aboutie. Cet état de faits est très insatisfaisant et les membres de l'UNOCAM souhaiteraient pouvoir jouer tout leur rôle : *« Parce qu'après, nous, les avis, ça nous intéresse, mais assez moyennement. Et on s'y épuise, s'il n'y a pas des négociations et l'accès aux informations. On peut aussi passer notre temps à faire autre chose que donner des avis ponctuels sur des sujets. D'autant plus que nous sommes saisis sur certains sujets et pas sur d'autres. Les accords conventionnels, les majorations de fin d'année avec les médecins, afin de passer en 2007... Parce qu'en 2008, la loi dit qu'il y a des conditions pour accorder des augmentations de rémunération. Enfin, ils se dépêchent de faire ça en fin d'année, et on n'est pas saisis. Alors on est saisis sur des points mineurs où on va passer des heures à l'étude sur le dossier »⁴²³.*

L'intégration politique des complémentaires reste en fait particulièrement soumise à la bonne volonté de ses interlocuteurs, qu'il s'agisse du législateur (gouvernement et parlement) ou du régime obligatoire, et même plus précisément du directeur de l'UNCAM. Les avis peuvent se multiplier sans jamais être entendus, et la participation de l'UNOCAM aux négociations repose sur le fait que l'UNCAM y voit un intérêt de fond (les complémentaires doivent être légitimes pour s'exprimer sur le sujet), mais aussi un intérêt politique (il ne faut pas que les négociateurs du côté de l'UNCAM anticipent des problèmes provenant des positions de l'UNOCAM par rapport à leurs

⁴²² Entretien avec un salarié de la CNAM.

⁴²³ Entretien avec un mutualiste

objectifs initiaux). L'hétérogénéité même de l'UNOCAM fait qu'elle n'est pas toujours un interlocuteur facile à gérer pour le régime obligatoire. Sa présence n'est donc pas acquise mais est évaluée dossier par dossier, ce qui, pour l'instant, n'a été envisagée que deux fois et sur des questions qui sont loin d'être du domaine de la routine pour l'AMO elle-même. On voit alors que si les relations techniques entre la CNAM et les complémentaires sont du domaine du quotidien, leurs relations politiques relèvent de cas exceptionnels.

Ainsi, si les complémentaires voient s'affirmer de plus en plus leur rôle économique dans le système de santé, et pour cette raison, la régulation de l'Etat s'imposer à elles par le biais de dispositifs tels que les contrats responsables, du point de vue politique, elles ont encore du mal à se faire une place au sein du système. A cet égard leur intégration consiste davantage à jouer le rôle de variable d'ajustement de l'AMO que de véritable partenaire de la délibération politique sur la couverture maladie. Si on ajoute à ce constat, la perte d'influence des partenaires sociaux à travers le transferts de pouvoirs du conseil d'administration de la CNAM vers le directeur qui endosse la double casquette CNAM-UNCAM, il semble difficile de voir dans la réforme de 2004 autre chose qu'une concentration du pouvoir. Ainsi, l'"imaginaire" de la gouvernance mobilisé dans cette réforme en reste au stade de l'imaginaire. Bien loin de la délibération partagée promue dans les discours, à travers le gouvernement et le parlement mais aussi à travers le directeur de la CNAM qui à bien des égards joue le rôle d'auxiliaire ministériel, c'est l'Etat qui concentre toujours plus de pouvoir de décision.

Conclusion générale

De quelle nature la délibération politique dans l'assurance maladie complémentaire et dans la couverture du chômage relève-t-elle ? Au regard de notre questionnement de départ, reformulons la question en ces termes : peut-on parler de gouvernance pour qualifier la délibération politique sur le traitement du chômage ou sur la couverture maladie complémentaire ? Dans ses multiples acceptions, la gouvernance est toujours définie par le partage du pouvoir délibératif entre l'Etat et d'autres acteurs qu'il s'agisse des « partenaires sociaux », de la « société civile », ou d'autres échelons des pouvoirs publics. On aura compris à la lecture du rapport que l'idée de délibération partagée ne nous semble convenir ni dans le cas de la régulation de la couverture du chômage, ni dans celui de la régulation de la couverture complémentaire maladie. Dans le cas de l'indemnisation du chômage, seul le partenaire syndical du patronat, soumis à ce dernier, participent à une délibération qui est elle-même contrainte par l'arbitrage de l'Etat qui chapeaute donc le processus de délibération. Dans le cas de l'AMC, si les organismes complémentaires ont réussi à organiser dans l'UNOCAM la production de positions politiques consensuelles, celles-ci peuvent s'en trouver affaiblies dans leur contenu d'une part, mais surtout restent soumises au bon vouloir de l'Etat et de son auxiliaire, le directeur de la CNAM, qui décident à leur convenance d'en tenir compte ou non. Toutefois, au-delà de ce constat, nous voudrions faire valoir dans cette conclusion, que la centralité de l'Etat dans la délibération n'est pas le signe d'un non respect des principes de la gouvernance, mais que, bien au contraire, les outils mêmes de la gouvernance, censé permettre le partage de la délibération, à savoir le « dialogue social » entre « partenaires sociaux » et le « dialogue civil », sont aussi des outils visant à écarter les contre-pouvoirs constitués et donc à renforcer le pouvoir de l'Etat.

Enfin, nous avons vu que l'Union européenne était de manière très différente partie prenante de la régulation de l'AMC et de la couverture du chômage. Nous voudrions ici montrer quels en sont les déterminants majeurs.

Dialogue social et participation à la délibération des organisations syndicales et patronales

Bien que le terme de « dialogue social » soit couramment accepté comme son synonyme, il n'est pas assimilable, à notre sens, à la notion de négociation collective entre des représentants d'intérêts antagonistes. Le terme même de « partenaires sociaux » qui lui est lié traduit en lui-même le fait que nous n'avons pas à faire à des « adversaires sociaux ». Or, la délibération au niveau interprofessionnel relève avant tout du dialogue social, car les enjeux qui en sont l'objet dépassent le cadre des relations professionnelles *stricto sensu*. La capacité des organisations syndicales et patronales à participer à la délibération interprofessionnelle est soumise aux conditions propres à la nature de dialogue social que revêt cette délibération et à ce titre les formes instituées de la négociation interprofessionnelle encadrent ses potentialités au point d'en remettre en cause la nature même de véritable négociation collective.

Dans le dialogue social, il est demandé aux partenaires sociaux de donner leur avis, notamment par l'intermédiaire d'accords collectifs, sur les réformes concernant leurs sujets d'intervention habituels. Mais s'ils sont consultés, c'est davantage au titre d'experts que de représentants d'intérêts. L'exemple européen traduit de manière radicale ce que la notion de dialogue social sous-tend quant à la nature de la participation des organisations syndicales et patronales à la régulation des relations collectives de travail. A titre d'exemple, le Conseil de Barcelone de 2002 invite les partenaires sociaux à œuvrer pour la réalisation des objectifs fixés par le Conseil lui-même⁴²⁴, le Conseil de Bruxelles de 2004 fait de même. La commission européenne, dans une communication

⁴²⁴ cf. COM (2002) 341 final.

consacrée au dialogue social, affirme que « *des réformes durables requièrent des investissements dans le "capital politique" et des efforts pour promouvoir des institutions intelligentes et efficaces. La Commission invite les partenaires sociaux européens et nationaux à prendre part à un véritable partenariat pour le changement en intensifiant leurs efforts autour des thèmes susmentionnés⁴²⁵ et en veillant à ce que leurs contributions soient aussi concrètes et efficaces que possible⁴²⁶* ». L'objectif est donc relativement clair : le dialogue social se définit comme une concertation dont la finalité est d'être le plus efficace possible dans la mise en œuvre des réformes. Le dialogue social, « *plus qu'un concept juridique* » comme l'est la négociation collective, « *est présenté comme une « méthode » d'accompagnement des réformes sociales* ». A cet égard on peut au minimum se poser la question suivante : « *S'agit-il d'impliquer les partenaires sociaux au processus d'élaboration de la loi ou du décret ou de faire avaliser des choix politiques sous couvert de consensus ?* »⁴²⁷. A l'image de la hard law et de la soft law, la négociation collective apparaît comme une « *hard bargaining* » tandis que le dialogue social serait une « *soft bargaining* », sans base juridique par ailleurs. La place et le rôle des organisations syndicales et patronales dans la régulation des relations collectives de travail ne sont donc pas de même nature ni du même poids dans le dialogue social que dans la négociation collective : « *cette implication des partenaires sociaux par le recours au dialogue social contribue (...) à modifier la nature de leur intervention dans le processus d'élaboration de la norme juridique : elle obéit à une logique d'accompagnement* »⁴²⁸. A ce titre, pour Corinne Gobin, « *le dialogue social représente une version dégradée, sur le plan de la qualité démocratique du fonctionnement des sociétés, des relations collectives du travail* »⁴²⁹.

A cet égard, « *on ne peut que s'interroger sur les finalités de cette forme de dialogue social qui laisse au législateur ou à l'exécutif la possibilité d'opérer un tri au sein des réformes décidées par les partenaires sociaux, tout en se prévalant de la signature d'un accord collectif* »⁴³⁰. On assiste à une certaine forme d'instrumentalisation des « partenaires sociaux » dans le but de promouvoir un programme de réformes voulues par les pouvoirs publics européen ou nationaux. Ainsi, la notion de « dialogue social » « *rend surtout compte de la volonté de réformer les relations sociales suivant un modèle (...) qui accorde une large place au consensus et à l'accompagnement, par les organisations syndicales notamment, des réformes (...). Dans une telle perspective, le dialogue social s'appuie sur un tripartisme, les partenaires sociaux étant alors envisagés comme les relais des politiques communautaires* » ou nationales. La logique du « dialogue social », à l'instar de la notion de « gouvernance », si on la pousse un peu, avalise l'idée que le dialogue des acteurs permet de définir une solution consensuelle et au fond sans alternative : "la réforme est nécessaire, le dialogue permet d'en définir les modalités". A ce titre, « *instaurer le dialogue social en système revient à déconstruire la substance de la démocratie basée sur la reconnaissance du pluralisme de projets politiques qui s'affrontent et donc sur la légitimité du conflit socio-politique : il n'y aurait plus besoin de « contre-pouvoirs » ni même de séparation entre les pouvoirs car tout le monde serait finalement le partenaire de tout le monde, travaillant tous ensemble en bonne entente à l'œuvre sociale (...), le dialogue est donc une pédagogie du consensus social, qui discrédite le conflit social de façon globale* »⁴³¹, justifie et instaure le fait que la puissance publique soit maître de l'agenda et des sujets du dialogue et met en cause la capacité des organisations syndicales et patronales à porter un discours autonome et contradictoire.

⁴²⁵ Ces thèmes étant la flexicurité, l'amélioration du « capital humain », l'augmentation du taux d'emploi.

⁴²⁶ En gras et italique dans le texte. Communication de la commission, *Partenariat pour le changement dans une Europe élargie – Renforcer la contribution du dialogue social européen*, 12 août 2004, COM (2004) 557 final.

⁴²⁷ Nicole Maggi-Germain, « Sur le dialogue social », *Droit Social*, juillet-août 2007.

⁴²⁸ Nicole Maggi-Germain, « Sur le dialogue social », *Droit Social*, juillet-août 2007.

⁴²⁹ Corinne Gobin, « Dialogue social », in Pascal Durand (sld.), *Les nouveaux mots du pouvoir : abécédaire critique*, Aden, 2007.

⁴³⁰ Nicole Maggi-Germain, « Sur le dialogue social », *Droit Social*, juillet-août 2007.

⁴³¹ Corinne Gobin, « Dialogue social », in Pascal Durand (sld.), *Les nouveaux mots du pouvoir : abécédaire critique*, Aden, 2007.

L'Etat apparaît même organiser d'une certaine manière sa domination jusque dans le potentiel de participation des organisations syndicales et patronales à la définition du contenu des accords interprofessionnels. Nous avons vu que l'organisation de la validité des accords renvoie de fait au patronat et à son partenaire privilégié le soin de définir le contenu des accords interprofessionnels. La loi du 4 mai 2004 prend soin de ne pas renverser cet équilibre avantageux en instaurant de manière purement factice la notion d'accord majoritaire au niveau interprofessionnel⁴³².

Le sens du dialogue civil

La même idéologie du consensus social qui conduit à valoriser le dialogue social sur le conflit, nous conduit à la notion de dialogue civil. Si les organisations syndicales et patronales ne sont entendues qu'au titre de leur « expertise » sur le monde du travail, pourquoi limiter « l'expertise » à ces seules organisations ? La doctrine européenne est encore une fois éclairante sur le sujet : « *Tel qu'il se trouve conceptualisé par l'Union européenne, le dialogue social peut revêtir plusieurs formes : il peut associer les partenaires sociaux mais aussi les ONG ou d'autres interlocuteurs issus de ce que l'on nomme, par facilité de langage, la "société civile"* »⁴³³. La logique de « gouvernance » est explicitement liée dans la littérature grise européenne à celle de dialogue avec la « société civile ». Par exemple, la section intitulée « *Impliquer la société civile* » du livre blanc sur la gouvernance européenne, précise en note de bas de page que « *la société civile regroupe notamment les organisations syndicales et patronales (les "partenaires sociaux"), les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles, les organisations caritatives, les organisations de base, les organisations qui impliquent les citoyens dans la vie locale et municipale, avec une contribution spécifique des églises et communautés religieuses* ». De même, l'accord interinstitutionnel « *Mieux légiférer* » de mars 2003, propose de mettre en œuvre une co-régulation avec un certain nombre d'acteurs sociaux : dans ce cadre les organisations syndicales sont envisagées à l'équivalent de celle des « opérateurs économiques », des ONG et des associations. Là encore, l'enjeu démocratique est au cœur de ce réagencement de la délibération politique autour du dialogue civil. « *Le dialogue civil, qui se donne l'apparence d'améliorer la qualité de la représentation démocratique dans la société l'affaiblit au contraire. Par son effet, l'attention politique est décentrée vers une quantité de problèmes et intérêts catégoriels qui rendent confus les grands clivages et enjeux sociétaux* » (Gobin, 2006). Le dialogue civil, qui va de pair avec l'idée de « gouvernance », de régulation multipolaire proclamée, correspond à une multiplication des interlocuteurs jugés légitimes et donc des préoccupations qu'ils portent, provoquant un effet de dilution des revendications et de transformation de la logique même de représentation. Au niveau européen où la préoccupation est centrale, Maggi-Germain commente : « *un glissement se produit d'une logique de représentation vers une logique de lobbying (...) On ne peut alors qu'être conduit à s'interroger sur la représentativité de ces intervenants et la légitimité des normes ainsi adoptées(...) La multiplication, dans le processus d'édiction de la norme, d'intervenants aux statuts variés contribue à une certaine opacité* ».

La réforme de 2004 réduit encore un peu plus la place des partenaires sociaux dans la délibération sur la couverture maladie, en réduisant d'une part les compétences du conseil d'administration de la CNAM - le directeur de la CNAM/UNCAM dispose du pouvoir réel -, et d'autre part en ouvrant ce CA à davantage de représentants de la « société civile » (la troisième composante). La conception des modalités de délibération assise depuis 1945 sur les organisations représentatives des salariés et des employeurs reconnues comme ayant une place particulière dans le fonctionnement social, se trouvent aujourd'hui battue en brèche.

⁴³² cf. Jean-Pascal Higé, « Représentativité syndicale et accords interprofessionnels nationaux : les enjeux d'une réforme », *Droit Social*, mars 2007.

⁴³³ Nicole Maggi-Germain, « Sur le dialogue social », *Droit Social*, juillet-août 2007.

Toutefois, la réforme Douste-Blazy change également le statut des organisations représentant les complémentaires santé dans la régulation de l'AMC et même de l'ensemble de la couverture maladie puisque la couverture complémentaire ne peut se définir en dehors de l'obligatoire. La FNMF, la FFSA et le CTIP, institutionnalisés dans l'UNOCAM, deviennent des acteurs politiques. On serait donc au-delà du dialogue civil, puisque, en quelque sorte, le contre-pouvoir des organismes de complémentaires santé se substituerait à celui des organisations syndicales, bien que nous ne fassions aucune équivalence entre ces deux formes de contre-pouvoirs. Toutefois, cet affichage du rôle politique des complémentaires reste à confronter à la réalité.

L'intégration économique des complémentaires dans la couverture des soins, reconnue comme indispensable en particulier depuis la loi sur la CMU, et qui justifie leur intégration politique *via* l'UNOCAM dans la réforme de 2004, est aujourd'hui incontestable. Le gouvernement, le Parlement et l'AMO envisagent la couverture des soins en intégrant l'AMC dans le raisonnement. Mais force est de constater que l'intégration politique des organismes de complémentaires santé n'est pas à la hauteur de leur intégration économique. Le rôle effectif de l'UNOCAM est pour l'essentiel un rôle d'expertise à travers la production d'avis, dans lesquels l'Etat et l'AMO puisent à leur guise. La mission de régulation de la couverture des soins, en particulier à travers les négociations conventionnelles, échappe encore à l'UNOCAM, celle-ci étant intégrée au bon vouloir du directeur de l'UNCAM en fonction de ses propres intérêts face aux professionnels de santé. A ce titre la mise en œuvre de l'Union des organismes complémentaires ressemble davantage à une structuration du dialogue civil qu'à un partage de la délibération politique. Comme dans le cas du dialogue social, le dialogue civil permet à l'Etat et à l'AMO une certaine instrumentalisation de « partenaires civils » pour mieux imposer leur point de vue.

Europe et marché : le contre-exemple du placement

S'agissant de l'influence européenne, le décalage entre le champ de l'assurance maladie complémentaire et celui de l'assurance-chômage semble flagrant : d'un côté une forte européanisation des pratiques et des acteurs ; de l'autre une indifférence quasi-générale aux processus communautaires. Ce décalage s'explique notamment par les analyses que les politistes ont consacrées à la construction européenne : L'Europe doit essentiellement son efficacité à des instruments juridiquement contraignants. C'est ce que J.H.H. Weiler a nommé le caractère dual du supranationalisme européen : une Europe juridique développée et efficace marquée par la cohérence de la lecture des traités faite par la CJCE et par la force des textes de droit dérivé (comme les directives assurances) tandis que l'Europe politique est restée soumise, pendant la majeure partie de son histoire à l'intergouvernementalisme. Fritz Scharpf a rajouté à cette analyse l'idée d'une « constitutionnalisation des règles de concurrence » : alors qu'au niveau national, un équilibre juridique existait entre règles favorables aux marchés et celles qui ont vocation à limiter leur emprise (monopole des grands services public ou obligation d'affiliation aux organismes de sécurité sociale), cette situation a été rompue par la reconnaissance d'une force juridique supérieures au profit des premières. « Cette « victoire » qui échappa toujours sur le plan national aux théoriciens du droit de la concurrence, leur fut autorisée par la constitutionnalisation de celui-ci au niveau communautaire »⁴³⁴. Au cœur de ce mécanisme, il y a l'important contentieux traité par la CJCE par le biais du renvoi préjudiciel en interprétation qui a permis aux acteurs économiques de faire triompher leur vision grâce à la coopération entre juges nationaux et juges communautaires.

L'assurance-chômage est indéniablement à l'extérieur de ce cadre puisque, à l'exception des règles de coordination des systèmes de sécurité sociale qui n'ont qu'une incidence mineure, le droit communautaire n'interfère pas avec la gestion du régime. De plus, l'indemnisation des chômeurs peut difficilement donner lieu à l'institution d'un marché et en tous cas, aucun acteur économique

⁴³⁴ Fritz Scharpf, « Gouverner l'Europe », presses de science po, 2000, p.67.

ne semble être aujourd'hui intéressé. Mais cette situation n'empêche pas une incidence des règles européennes notamment à travers l'ouverture du marché du placement qui a vocation à transformer les règles entre les différents opérateurs publics et privés et notamment les rapports entre l'ANPE et l'UNEDIC. Cette incidence est d'autant plus forte que nous assistons à une tutélarisation de l'indemnisation des chômeurs et que l'enjeu de l'attribution de la tutelle n'est pas mineur. Il est dès lors intéressant de se pencher sur la question de la transposition de la jurisprudence de la CJCE relative aux monopoles de placement des offices publics et à leur compatibilité avec le droit de la concurrence européenne. Ceux-ci ont pour effet d'ouvrir le marché du placement à la concurrence.

Le premier arrêt date du 18 janvier 1979 (CJCE, Van Wesemael, C-110 et 111/78) Il concernait des poursuites engagées contre des agents artistiques agissant entre la France et la Belgique. La Cour devait pour se déclarer compétente trancher si l'activité de placement était un service relevant du droit communautaire. Elle admet que celle-ci est une activité de service et donc que la liberté de prestation de service a vocation à s'appliquer.

La deuxième étape de cette jurisprudence est à la fois la plus connue et la plus importante : il s'agit de l'arrêt Höfner du 23 avril 1991 (CJCE, Höfner, C-41/90). L'office fédéral allemand pour l'emploi a en charge le placement des chômeurs. Malgré le droit exclusif dont il dispose pour s'acquitter de sa tâche, il s'est vu concurrencé dans le secteur spécifique du placement des cadres et des dirigeants d'entreprises. L'office a toléré cette activité exercée par des conseils de recrutement et a créé, par la suite un bureau spécifique pour les dirigeants, chargé du placement de personnes hautement qualifiées. Un litige survient entre deux conseils en recrutement, MM. Höfner et Elser, et une entreprise. Celle-ci refusant d'embaucher le candidat proposé par les conseils et de payer les honoraires MM Höfner et Elser saisissent les tribunaux allemands. Au niveau de l'appel, une question préjudicielle fut adressée à la CJCE pour savoir si le monopole de l'office était justifié. Pour trancher cette question, un préalable était de déterminer l'applicabilité des règles de concurrence contenues dans le traité. Dans cet arrêt la CJCE déclare qu'« *une entité, telle qu'un office public pour l'emploi exerçant des activités de placement, peut être qualifiée d'entreprise aux fins d'application des règles de la concurrence communautaire* ». Elle se base sur une analyse spécifique du marché des cadres supérieurs et dirigeants d'entreprise et estime que l'office n'est pas en mesure de répondre correctement à la demande en ce domaine. Le monopole n'est donc pas justifié. Le droit de la concurrence étant applicable, le monopole de l'office devait être supprimé. L'Etat, selon la CJCE, a créé une position dominante en faveur de l'office en lui conférant un droit exclusif (les contrats entre les entreprises et les recruteurs privés sont frappés de nullité) sans que l'office soit en mesure de satisfaire la demande.

Cette jurisprudence est donc suffisamment explicite et univoque. Mais, en réalité l'abrogation du monopole dans la situation française n'est pas sans poser problème quant à sa portée. En effet, avant même cette série d'arrêts, il existait des cabinets de recrutement privés qui opéraient souvent dans les catégories de cadre. Le monopole de l'ANPE qui servait très rarement de base à des actions en justice semblait plus ou moins tombé en désuétude. Rien n'empêchait en pratique, un cadre déjà inscrit à l'ANPE de recourir à un cabinet de chasseurs de têtes pour augmenter ses chances de trouver un emploi. L'ANPE, elle-même recourt souvent à des organismes privés par le biais de la sous-traitance.

Le rapport Marimbert de 2004 appelait néanmoins à officialiser la fin du monopole : « *La France rejoindra ainsi la grande majorité des pays de l'Union qui ont fait disparaître les restrictions héritées généralement de la période de reconstruction de l'après-guerre, pour la plupart dans les années 1990* »⁴³⁵. Pour l'auteur, l'abandon officiel de l'interdiction a moins pour but de mettre le droit en adéquation avec les faits que de créer un nouveau cadre juridique plus favorable au développement des initiatives privées : « *On aurait toutefois tort de tenir cette perspective de modification législative pour un ajustement sans conséquence voire un "non-événement". D'une*

⁴³⁵ Jean Marimbert, *rapport au ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité*, La documentation française, janvier 2004, p. 125.

part en effet, et au-delà de l'effet de sécurisation de certaines activités existantes qui étaient juridiquement précaires, l'abrogation de dispositions peu appliquées ou même tombées en désuétude n'est pas nécessairement sans conséquence pratique si elle est perçue comme un signal de nature à libérer des initiatives ou des stratégies qui étaient auparavant bridées par la persistance du cadre juridique ancien. D'autre part, et bien entendu, le contenu même des dispositions substituées au cadre ancien peut-être porteur de plus ou moins de précision quant à leur articulation avec le dispositif de placement »⁴³⁶.

La loi du 18 janvier 2005 abroge les dispositions répressives relatives au placement. Et elle semble avoir produit une partie des effets escomptés par les auteurs du rapport Marimbert comme le note un responsable du cabinet du Ministre délégué à l'emploi : *« Donc (...) ça consacre des choses existantes et puis ça ouvre des nouvelles portes notamment sur ces types d'expérimentations par des cabinets privés. (...) il n'y avait pas encore de politique offensive, de gros groupes pour se positionner sur le marché. Aujourd'hui, il y a une volonté de construction étrangère, il y a une volonté de se positionner là-dessus »⁴³⁷.*

Mais le facteur qui va transformer la problématique de la concurrence appliquée au placement est en réalité politique, c'est la volonté affichée par les représentants de l'UNEDIC d'organiser la mise en concurrence de l'ANPE avec d'autres organismes au nom d'une réduction des coûts de fonctionnement : *« Nous pensions que le débat était entre opérateurs privés marchands du secteur concurrentiel et puis le service public, bon. Et donc, (...) l'ANPE en l'occurrence, ne se sentait pas la qualité pour venir contester à des opérateurs privés ou au conseil du recrutement la possibilité de faire des opérations de rapprochement entre offres et demandes d'emploi. (...) Là où le bas a commencé à blesser, c'est lorsque avec l'UNEDIC, s'est dit : « vous [i.e. l'ANPE] êtes un opérateur (...) Peut-être pas les meilleurs, ni les plus adaptés, donc nous, ce que nous voulons (...) c'est faire des économies, faire baisser... faire baisser le coût du chômage pour faire baisser les charges sur les entreprises, pour pouvoir faire baisser les cotisations, et pour rendre l'économie plus compétitive »⁴³⁸.* Il ne s'agit plus alors d'officialiser la tolérance quant aux rapports que pouvaient nouer les demandeurs d'emploi avec des cabinets privés mais d'encadrer des formes de délégations du service public de l'emploi.

C'est lors des négociations de 2000 que cette possibilité fut évoquée directement pour la première fois. Les représentants de l'UNEDIC voyaient aussi un moyen d'affirmer le rôle plus actif de l'organisme et la consécration de nouvelles missions (placement, formation). Il est néanmoins important de noter que la dimension européenne est absente des débats et il ne semble pas que la jurisprudence Höfner ait été mobilisée pour appuyer la position de l'UNEDIC. Quoiqu'il en soit, l'appel à la concurrence ne fut pas entériné lors de la négociation de 2000, au contraire, la convention ANPE-Unédic du 13 juin 2001 prévoyait, pour financer les actions de retour à l'emploi dans le cadre du PARE, que l'Unédic subventionne 3650 agents de l'ANPE à hauteur de 4725 euros par mois et par agent. Ceci renforçait encore les liens entre les deux structures.

La loi du 18 janvier 2005 consacre la possibilité d'une participation des organismes privés au fonctionnement du service public de l'emploi. Comme on l'a vu précédemment, elle met fin officiellement au monopole de l'UNEDIC et elle définit en même temps un service public de l'emploi composé de trois cercles :

- un premier cercle qui rassemble les services de l'Etat, l'ANPE, l'AFPA et l'UNEDIC
- un deuxième cercle composé par les collectivités locales qui concourent au SPE dans certaines conditions

⁴³⁶ Jean Marimbert, *rapport au ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité*, La documentation française, janvier 2004, pp. 125-126.

⁴³⁷ Entretien du conseiller du cabinet du Ministère délégué à l'emploi, en charge de l'UNEDIC et de l'ANPE, 1^{er} juin 2006.

⁴³⁸ Entretien du responsable juridique de l'ANPE, 19 décembre 2006.

- un troisième cercle où d'autres organismes « peuvent participer au SPE » : organismes publics ou privés fournissant des services relatifs au placement, à l'insertion, à la formation, à l'accompagnement des demandeurs, les structures de l'insertion par l'activité économique, les entreprises de travail temporaire et les nouvelles agences de placement privé.

Les modalités concrètes de l'intervention des organismes privés sont définies dans la convention Etat-ANPE-UNEDIC du 5 mai 2006. Leur champ d'intervention est limité. Seuls les allocataires identifiés comme relevant d'un parcours d'accompagnement 3 (les plus éloignés de l'emploi) peuvent être dirigés vers des organismes privés qui se substituent alors à l'ANPE. Cette dernière réalise néanmoins la mise en parcours (à l'occasion du premier entretien qu'elle réalise) mais est complètement déchargée du suivi.

La question de la « transposition » de la jurisprudence Höfner fait apparaître deux conclusions :

- d'une part, le faible rôle qu'a eu cette jurisprudence attesté par le décalage temporel entre l'arrêt de 1991 et la loi de 2005 ainsi que par l'ignorance des acteurs de l'assurance-chômage que nous avons rencontré de son existence à l'exception des juristes spécialisés.
- d'autre part, la question de la mise en concurrence de la structure publique est finalement posée en des termes qui sont essentiellement dictés par le jeu politique qui régit les rapports entre les institutions⁴³⁹.

Le détour que nous avons fait le rôle de la régulation européenne en matière de placement nous permet de mettre le doigt sur le déterminant principal qui justifie dans un cas l'europanisation massive des acteurs et des enjeux de l'AMC et à l'inverse le fait que la référence à l'Europe pour les acteurs de la couverture conventionnelle du chômage se limite à l'observation de « bonnes pratiques » dans d'autres Etats-membres. Ce déterminant est l'existence d'un marché. La « constitutionnalisation des règles de la concurrence » au niveau de l'Union induit que son intervention n'a de sens et d'effet que dès lors qu'il existe un marché. La construction progressive d'une concurrence entre les assureurs, les IP et les opérateurs historiques de la couverture santé complémentaire, à savoir les mutuelles, avec les assureurs et les IP, a nécessairement introduit le niveau européen dans la régulation, puisque le droit de la concurrence devait dès lors s'appliquer. A l'inverse, la couverture du risque chômage n'étant pas susceptible d'intéresser des concurrents à l'UNEDIC, l'Union européenne n'apparaît pas comme un acteur de la régulation de la couverture conventionnelle du chômage.

On pourra faire valoir que la soft-law produite en particulier à travers la stratégie européenne pour l'emploi ou la MOC santé peuvent être des éléments d'europanisation de la régulation de l'un ou l'autre des champs étudiés. Pour autant, comme nous l'avons souligné, l'effet performatif de ces dispositifs non contraignants semble plus que contestable, y compris lorsqu'il s'agit de diffusion de « bonnes pratiques » ou l'on est souvent bien en mal de distinguer la poule de l'œuf.

⁴³⁹ L'importance du jeu politique entre l'ANPE et l'UNEDIC comme prisme de transposition des règles communautaires de concurrence est aussi illustrée par la question de la fusion des deux organismes. Chacune des deux parties s'approprie la nécessité de respecter les règles européennes mais dans un sens bien différent. Ainsi, du côté de l'UNEDIC où la fusion est vue comme un risque d'absorption par l'Etat, le responsable du secteur juridique que nous avons rencontré argue de la difficulté à réunir dans un même organisme un donneur d'ordres (l'UNEDIC) et un sous-traitant (l'ANPE) tout en respectant des conditions équitables pour le passage des marchés publics : « *On parle de nous fusionner. Mais mettons qu'on soit fusionnés, comment faire en terme de concurrence ? Dans la même maison on aurait une activité de placement et une activité de financement. Comment ferions-nous pour faire en sorte que notre volet placement ne soit pas favorisé par rapport à d'autres placeurs ? (...) On trouve les limites de l'exercice ou alors il faudrait qu'on filialise les placements mais alors pourquoi fusionner ?* ». A l'inverse, son homologue de l'ANPE voit dans la fusion une solution permettant de résoudre la question de la concurrence en faisant disparaître du même coup le marché. La nouvelle structure aurait alors en charge, à la fois le placement et l'indemnisation. Plus de nécessité de mettre en concurrence puisque les différentes opérations seraient « internalisées » : « *Les règles de concurrence n'interdisent à personne la possibilité de faire soi-même ce qu'on a vocation à faire* ».

Notons en dernier lieu, pour appuyer notre propos sur le rôle de l'Union comme strict « gendarme du marché », que le droit communautaire de la concurrence peut être amené à jouer un rôle dans les évolutions ultérieures du traitement du chômage et perturber le dispositif prévu par la loi de 2005 et la convention de 2006. D'une part, les financements de l'UNEDIC à l'ANPE peuvent être assimilés à des aides d'Etat (et ce malgré le caractère privé de l'UNEDIC). Ces aides sont en principe interdites par le droit communautaire, sauf si l'ANPE remplit un service que les opérateurs privés ne peuvent assurer et que les sommes perçues sont le reflet exact des dépenses engagées pour réaliser un service d'intérêt général (la question se focalise ici sur la réalisation du premier entretien qui va décider du parcours du demandeur d'emploi). D'autre part, les termes du débat risquent d'être modifiés avec le développement sur le territoire national des structures privées qui ont une envergure importante. Comme le fait remarquer David Soldini, « *de nombreux opérateurs privés, agences de travail temporaire ou autres (Manpower, Matwerk, Ingeus, ...) qui semblent vouloir intervenir sur le marché du placement, disposent d'importants moyens financiers et parfois même d'un réseau d'agences sur le territoire national. Difficile dès lors qu'un organisme privé sera en mesure de disposer d'une couverture nationale et de moyens comparables à l'ANPE de ne pas considérer que l'automaticité avec lequel sont octroyé les financements de l'UNEDIC ne constitue pas une entrave à la libre concurrence* »⁴⁴⁰. Si un marché du placement émerge, dès lors, une européanisation des enjeux et des acteurs émergera concomitamment.

⁴⁴⁰ Soldini David, « Le service public de l'emploi et le droit de la concurrence », Droit social, n° 6, juin 2006, p 601

Liste des sigles utilisés

AEIP : Association européenne des institutions paritaires de protection sociale
AIM : Association internationale de la mutualité
AMC : Assurance maladie complémentaire
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
ASS : Allocation Spécifique de Solidarité
ASSEDIC : Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail
CFE-CGC : Confédération Française de l'Encadrement- Confédération Générale des Cadres
CFTC : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGMPE : Confédération Générale du patronat des Petites et Moyennes entreprises.
CGT : Confédération Générale du Travail
CNAMTS : Caisse Nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CCAMIP ou ACAM : Commission de contrôle des assurances, mutuelles et institutions de prévoyance aujourd'hui Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles
CEA : Comité européen des assurances
CJCE : Cours de Justice des Communautés Européennes
CMU : Couverture Maladie Universelle
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance
DDTEFP : Direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
Loi **DDOSEC** : diverses dispositions d'ordre social, économique et culturel
DIF : Droit Individuel à la Formation
DUDE : Dossier Unique du Demandeur d'Emploi
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurance
FMF ou Mutuelles de France : Fédération des mutuelles de France. (Anciennement FNMO : Fédération nationale des mutuelles ouvrières et FNMT : Fédération nationale des mutuelles des travailleurs) La FMF est maintenant affiliée à la FNMF.
FNIM : Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles
FNMI : Fédération nationale des mutuelles interprofessionnelles (qui est affiliée à la FNMF)
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française désignée également comme la Mutualité Française
FO : Force Ouvrière
GEMA : Groupement des entreprises mutuelles d'assurances
HAS : Haute autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDS : Institut des données de santé
LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale ou PLFSS si elle est encore à l'état de projet
MEDEF : Mouvement des Entreprises de France
MFP : Mutualité de la fonction publique (affiliée à la FNMF)
MSA : Mutualité sociale agricole
PAP : Projet d'Action Personnalisé
PPAE : Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi
PARE : Plan d'Aide au Retour à l'Emploi
PEP : Premier Entretien Professionnel
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie.
UNEDIC : Union Nationale pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
UNOCAM : Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
UNPS : Union nationale des professionnels de santé
UPA : Union Professionnelle Artisanale
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Bibliographie

Adam Gérard, *La refondation sociale à réinventer*, éd. Liaisons, 2002, 144 p.

Babusiaux Christian, L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques, Juin 2003.

Bergounioux Alain, *Force Ouvrière*, Seuil, 1975, 252 p.

Bergounioux Alain, *Force Ouvrière*, PUF, coll. Que sais-je ?, 1982, 127 p.

Caniard Etienne, « Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection complémentaire », *Droit social*, N°5, Mai 2003, p518-521.

Castel Nicolas, Friot Bernard et Higelé Jean-Pascal, *Recomposition des régimes de ressources et positions syndicales : l'exemple de l'UNEDIC et des retraites complémentaires*, communication au colloque Anthropologues et économistes face à la globalisation, CLERSE, Lille, 16-17 mars 2006

CCMIP, *Rapport 2002-2003*.

http://www.ccamip.fr/fichiers/rapport-ccmip-2003_242.pdf

CCAMIP, *Rapport 2004*, http://www.ccamip.fr/fichiers/Rapport-2004_291.pdf

CEA, *Between public and private: Insurance solutions for a changing society*, Juin 2005.

http://www.cea.assur.org/cea/v2.0/publ/uk/ouvrage/detail.php?nbr_article=0&liste_article=&ouvrage_id=133

Chadelat Jean-François, Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépense de santé*, 3 avril 2003.

Chevallier Jacques, Ansart Pierre, *La solidarité : un sentiment républicain*, PUF, Paris, 1992

CTIP, *Institutions de prévoyance*, Mai 2006, http://www.ctip.asso.fr/fichiers_pdf/Inst_prev.pdf

Commission européenne, "Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale" COM (99) 347 final du 14 juillet 1999.

Daniel Christine et Tuchsirer Carole, *L'Etat face aux chômeurs*, Flammarion, 1999.

Demoustier Danièle, *L'économie sociale et solidaire*, La Découverte, Paris, 2003

Dobigny Joël, « La Réforme du Code de la mutualité. Etude des enjeux de la réforme sous l'angle des stratégies mutualistes et de l'Etat », DEA de sciences administratives, Université de Picardie, Février 1987.

Dreyfus Michel, Gibaud Bernard et Gueslin André, *Démocratie, solidarité et mutualité. Autour de la loi 1898*, Economica, Paris, 1999.

- Dreyfus Michel**, *Liberté, égalité, mutualité. Mutualisme et syndicalisme. 1852-1967*, Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, Paris, 2001.
- Dupeyroux Jean-Jacques**, *Droit de la sécurité sociale (15^{ème} édition)*, Dalloz, Paris, 2005.
- Ebersold Serge**, *La naissance de l'inemployable*, Rennes, PUR, 2001, 208 p.
- Enriquez Angela**, Interview de Jean-Michel Laxalt, *L'argus de l'assurance*, 22 avril 2005.
- Ewald François**, *L'Etat providence*, Editions Grasset & Fasquelle, Paris, 1986.
- FFSA**, *L'assurance française en 2005*.
[http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/rapport2005/\\$file/rapportannuel2005s.pdf](http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/rapport2005/$file/rapportannuel2005s.pdf)
- Friot Bernard**, « Régime général et retraites complémentaires entre 1945 et 1967 : le paritarisme contre la démocratie sociale », *Revue de l'IREs*, n°24, printemps-été 1997, pp.107-130.
- Friot Bernard**, *Le salariat : pour une approche en termes de régimes de ressources*, séminaire du réseau européen RESORE, août 2005, téléchargeable sur le site www.univ-nancy2.fr/ILSTEF/RESORE.
- Frotier Brigitte**, *La fabrique du droit social : l'exemple de la CMU*, Rapport au fond CMU, Novembre 2004.
- Gaudin Jean-Pierre**, *Pourquoi la gouvernance ?*, Presses de Sciences Po, Paris, Octobre 2002.
- Gibaud Bernard**, *De la mutualité à la sécurité sociale. Conflits et convergences*, Les Editions Ouvrières, Paris, 1986.
- Gibaud Bernard**, *Mutualité, assurances (1850-1914). Les enjeux*, Economica, Paris, 1998.
- Gobin Corinne**, « Dialogue social », in Pascal Durand (sld.), *Les nouveaux mots du pouvoir : abécédaire critique*, Aden, 2007.
- HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie)**, *Note sur les couvertures complémentaires*, 24 Février 2006.
- Hermet Guy, Kazancigil Ali et Prud'homme Jean-François** (dir.), *La gouvernance, un concept et ses applications*, Karthala, 2005, p.7.
- Higelé Jean-Pascal**, *L'alliance MEDEF-CFDT dans la négociation UNEDIC de 2000 : l'affirmation du droit à l'emploi contre le droit au salaire des chômeurs*, Thèse de doctorat, 2004.
- Higelé Jean-Pascal**, « Représentativité syndicale et accords interprofessionnels nationaux : les enjeux d'une réforme », *Droit Social*, mars 2007.
- Houbard Gilles**, « Le nouveau système d'indemnisation du chômage », *Droit social*, n°6, juin 1984
- Jalma**, « Contexte stratégique : mutualité année 0 », *Un panorama de l'assurance 2002*, 2001.
- Jobert Annette et Saglio Jean**, « Réinstitutionnaliser la négociation collective en France », *Travail et emploi*, n° 100, 2004

Laroque Michel et Aubry Eric, « La réforme du Code de la mutualité. », *Droit social*, N°4, Avril 1986, 354-363.

Ledrut Raymond, *Sociologie du chômage*, PUF, 1966.

Maggi-Germain Nicole, « Sur le dialogue social », *Droit Social*, juillet-août 2007.

Marimbert Jean, rapport au ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000018/0000.pdf>, janvier 2004.

Mauroy Hervé, *La mutualité en mutation, la politique solidariste en question*, L'Harmattan, Paris, 1996.

Moreau Desfarges Philippe, *La gouvernance*, Puf, Que-sais-je ?, 2003.

Morisot Michel, *Rapport du groupe de réflexion chargé de la réforme du code de la Mutualité*, avril 1984.

Mossialos Elias et Thomson Sarah, *Voluntary health insurance in the European Union*, Rapport préparé pour la Direction Générale Emploi et Affaires Sociales, 27 février 2002.
Les traductions sont de notre fait.

Palier Bruno, *Gouverner la sécurité sociale*, PUF, 2002.

Pollet Gilles et Renard Didier, « Le paritarisme et la protection sociale. Origines et enjeux d'une forme institutionnelle », *Revue de l'IREs*, n°24, printemps-été 1997, pp.61-80.

Rocard Michel, *Rapport sur l'assurance maladie complémentaire de la Commission de l'emploi et des affaires sociales au Parlement Européen*, 4 octobre 2000.

Rousseau Yves, « Le service public de l'emploi et la jurisprudence de la CJCE », *Droit social* n°11, novembre 2002, pp.974-991.

Rousseau Yves, « Du monopole public du placement à un nouveau service public de l'emploi », *Droit social* n°4, avril 2005, pp.456-465.

Saint-Jours Yves, « Un regard juridique sur les mutuelles d'entreprise. », *Droit social*, N°11, Novembre 1989, p759-766.

Scharpf Fritz, « gouverner l'Europe », presses de science po, 2000.

Soldini David, « Le service public de l'emploi et le droit de la concurrence », *Droit social*, n° 6, juin 2006, pp. 599-601

Teulade René, *La mutualité française. Un idéal pour 25 millions d'hommes et de femmes*, Editions Ramsay, Paris, 1984, p60.

Toucas Truyen Patricia, *Histoire de la mutualité et des assurances. L'actualité d'un choix*, Editions La Découverte, Syros, Paris, 1998.

Véricel Marc, « La convention ANPE-Unédic », *Droit social* n° 9/10, septembre/octobre 2006, pp. 900-904.

Vial Virginie, « Franchises médicales, les assureurs se mobilisent », *les Echos*, 27 novembre 2007. **Vincent Hélène**, *La Mutualité Française dans l'Union Européenne : nouveau contexte, nouveaux défis*, Recma, mai 2006. **Vignon Jérôme**, « Communication sur les SSIG », *Droits fondamentaux, protection sociale et intégration européenne : Quel cadre communautaire pour les services sociaux d'intérêt général ?*, Actes de la conférence des acteurs de services sociaux d'intérêt général, le 30 mai 2006.

Weiler Joseph, « The community system. The dual character of supranationalism » in *Yearbook of European law*, pp. 257-306, 1982.

Table des matières

Partie 1 : Repérer les acteurs non-étatiques clés	8
Chap.1 : Les discours syndicaux lors de la négociation UNEDIC 2005 : qui pèse dans la définition de l'indemnisation des chômeurs ?	10
1. Mise en contexte de la négociation.....	10
1.1. Une histoire des négociations UNEDIC	10
1.2. Les négociations UNEDIC depuis 2000	11
2. Les revendications des principales organisations syndicales et de la délégation patronale lors de la négociation UNEDIC 2005	13
2.1. Les revendications de la CGT	14
2.1.1. Revendiquer dans les institutions existantes	14
2.1.2. Des positions traditionnelles sur un droit au salaire	15
2.1.3. Un contexte budgétaire que la CGT ne peut ignorer	16
2.1.4. Le retour en emploi devenu élément incontournable du débat à l'Unedic	16
2.2. Les revendications de la CFDT	17
2.2.1. La CFDT fébrile.....	17
2.2.2. Quels droits à ressources pour les chômeurs ?.....	18
2.2.3. « Agir contre l'abus de précarité par les entreprises »	19
2.3. Les revendications de FO	21
2.3.1. La doctrine de FO en matière d'indemnisation du chômage	21
2.3.2. Le refus du recul des droits : augmenter les recettes du régime	22
2.3.3. La précarité en ligne de mire.....	24
2.3.4. Les contrats de professionnalisation: une acceptation de l'activation des dépenses ?	24
2.3.5. La clarification des responsabilités de l'ANPE et de l'UNEDIC	25
2.4. Le point de vue patronal.....	26
2.4.1. Un objectif : Réduire le déficit.....	27
2.4.2. Les solutions pour réduire le déficit.....	28
2.4.2.1. Réduire les dépenses d'indemnisation	28
- Réduire les montants des prestations : le ballon d'essai de la dégressivité.....	28
- Réduire les durées de prestation	29
2.4.2.2. Accélérer le retour à l'emploi	29
- Par l'activation des chômeurs	29
- Par la dégressivité de l'offre valable d'emploi	31
2.4.3. Le refus d'augmenter les cotisations.....	31
2.4.4. La conception patronale du droit à ressources des chômeurs : un « filet de sécurité » assurantiel et tutélaire.....	33
2.5. L'absence d'eupéanisation des acteurs et des enjeux.....	34
3. Le contenu de la convention UNEDIC 2006.....	38
3.1. Les modalités d'indemnisation	38
3.2. L'activation réaffirmée et renforcée	39
3.3. Renforcement de la tutélarisation du salaire différé	41
4. Quelle nature de la délibération politique à l'Unedic ?	43
4.1. L'institution du partenaire privilégié du patronat	44
4.1.1. La diversité syndicale, la mesure de la représentativité et l'institution de l'accord minoritaire.....	44
4.1.2. La domination patronale	46

4.2. Un partenaire privilégié choisi pour sa compatibilité avec les discours et pratiques patronaux	47
4.2.1. Le droit à l'employabilité à la CFDT	48
4.2.2. La doctrine de FO : la défense du salaire « différé » des chômeurs	49
4.2.3. Le renversement d'alliances à l'UNEDIC : quelle autonomie du partenaire privilégié du patronat ?	50
Chap.2 : Les trois acteurs de la complémentaire santé : vers une institutionnalisation en tant qu'acteur politique ?	54
1. Caractéristiques et reconfigurations des acteurs de la complémentaire santé	54
1.1. La construction d'un champ de la complémentaire santé	54
1.1.1. Les trois formes historiques de l'activité complémentaire-santé.....	54
1.1.2. Les années 1980 et 1990 : la mise en place du marché de la protection sociale complémentaire	57
1.1.2.1. Une redéfinition marchande de l'AMC en France.....	57
1.1.2.2. Le rôle déterminant des directives assurances : la consolidation finale du marché de la complémentaire	60
1.1.3. La loi sur la CMU ou la complémentaire santé comme auxiliaire indispensable de la Sécurité sociale	65
1.2. Enjeux et discours autour de la protection santé et de l'articulation AMO-AMC au moment de la réforme de 2004	68
1.2.1. La position des assureurs (FFSA et CEA)	70
1.2.1.1. Une articulation AMO-AMC	70
1.2.1.2. Les vertus de la concurrence	71
1.2.1.3. Permettre une véritable gestion des risques	73
1.2.2. La position des Institutions de Prévoyance.....	75
1.2.2.1. La liberté de la négociation collective et les vertus du contrat collectif.....	75
1.2.2.2. Un accès plus large aux données de soins mais à usage limité au rôle de remboursement.....	76
1.2.3. La position des mutuelles.....	77
1.2.3.1. Du « couple vertueux » au « ménage à trois ».....	77
1.2.3.2. A la recherche d'une régulation européenne.....	78
1.2.3.3. Une régulation nationale de l'AMC.....	80
2. Mise en place et fonctionnement de l'UNOCAM	84
2.1. Quelle organisation délibérative à l'UNOCAM ?.....	84
2.1.1. La formation de l'UNOCAM.....	84
2.1.2. Le problème du choix des fédérations de complémentaires	87
2.2. La formation de la décision au sein de l'UNOCAM	90
2.2.1. Le travail en amont dans chaque fédération.....	90
2.2.1.1. Le comité maladie-accidents de la FFSA	90
2.2.1.2. La création du Conseil des mutuelles de santé	91
2.2.1.3. La mutation du CTIP.....	93
2.2.2. Le fonctionnement de l'UNOCAM	95
2.2.2.1. Le processus de délibération à l'UNOCAM	95
a) L'importance du travail préparatoire	95
b) Les instances délibératives : le bureau et le conseil	96
2.2.2.2. Les décisions de l'UNOCAM, en pratique	99
a) Où les complémentaires ont des intérêts communs objectifs	99
2.2.2.3. Où la position unanime ne peut être trouvée qu'en excluant certains aspects du débat.....	100
Conclusion	105

Partie 2 : Les relations entre les acteurs non-étatiques et l'Etat..... 107

Chap.3 : Le recyclage par J.-L. Borloo en 2005 du système de contrôle et de sanctions des chômeurs débouté par M. Aubry en 2000 108

1. Les projets contrariés du régime de sanction lors de la négociation UNEDIC de 2000..... 108

- 1.1. La responsabilité du contrôle et de la sanction des demandeurs d'emploi 108
 - 1.1.1. Dans la première version de convention 109
 - « § 1^{er} – Le refus opposé, sans motif légitime par l'allocataire, dans l'une des situations suivantes : 109
 - 1.1.2. Dans la deuxième version de convention..... 110
 - 1.1.3. Dans la troisième version de convention 111
- 1.2. Le refus légitime d'emploi et la « dégressivité » de l'emploi convenable 111
 - 1.2.1. Dans la première version de convention 111
 - 1.2.2. Dans la deuxième version de convention..... 112
 - 1.2.3 Dans la troisième version de convention 113
- 1.3. l'échelle progressive de sanction 113
- 1.4. Les acteurs de la délibération politique à l'Unedic en 2000 114

2. ...réintroduites par le gouvernement Raffarin 116

- 2.1. L'offre valable d'emploi revue à la baisse : le retour de la dégressivité de l'emploi convenable..... 117
- 2.2. La responsabilité de la sanction : quel rôle pour l'UNEDIC ? 118
- 2.3. La sanction progressive 120
 - 2.3.1. Sanctionner davantage mais de manière « proportionnée »..... 120
 - 2.3.2. Un premier bilan 122

3. Le sens du partenariat social et du dialogue social 124

- 3.1. Appréciation de la réforme du contrôle 124
 - 3.1.1. Du côté des signataires de 2000 124
 - 3.1.2. Du côté des non-signataires de 2000..... 126
- 3.2. Le sens du partenariat social et du dialogue social..... 127
 - 3.2.1. L'alternance Etat / partenaires sociaux dans les réformes du traitement du chômage 127
 - 3.2.2. Les relations interprofessionnelles : partenariat social et dialogue social 128

Chap.4 : Quel partage de la délibération entre Etat et complémentaires santé ? 133

1. La Réforme de 2004 et la redéfinition des rapports entre AMO et AMC : vers une « bonne gouvernance » de la protection santé ? 133

- 1.1. Le réagencement institutionnel de la réforme de 2004 133
- 1.2. La référence à la « gouvernance » fortement mobilisée dans la réforme 2004. 136

2. De l'ambition de la réforme aux modifications des rapports concrets entre instances : la nouvelle place des complémentaires dans le système 138

- 2.1. Le gouvernement et le parlement face aux complémentaires 138
 - 2.1.1. L'intégration politique de l'UNOCAM 138
 - 2.1.2. Une institutionnalisation de l'AMC comme variable d'ajustement de l'AMO 139
 - 2.1.3. Le législateur face à l'UNOCAM 140
- 2.2. La participation de l'UNOCAM à des négociations..... 142
 - 2.2.1. La participation au CEPS 142
 - 2.2.2. Les négociations avec l'UNCAM 143
 - 2.2.2.1. Les discussions sur les questions techniques et les avis 143
 - 2.2.2.2. Les négociations de conventions..... 147

Conclusion générale..... 156

