



HAL
open science

La protection sociale dans l'entreprise : actualité réglementaire et commercialisation des contrats complémentaires collectifs de prévoyance et de frais de santé

Cyril Bouquet

► **To cite this version:**

Cyril Bouquet. La protection sociale dans l'entreprise : actualité réglementaire et commercialisation des contrats complémentaires collectifs de prévoyance et de frais de santé. Gestion et management. 2014. dumas-01120086

HAL Id: dumas-01120086

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01120086>

Submitted on 24 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

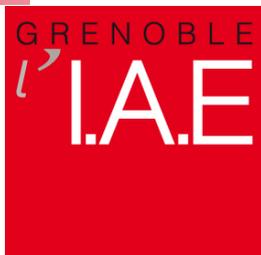
L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Mémoire de stage/ de recherche

La protection sociale dans l'entreprise :

**Actualité réglementaire et commercialisation
des contrats complémentaires collectifs de
prévoyance et de frais de santé**



Présenté par : Cyril BOUQUET

Nom de l'entreprise : MGF PATRIMOINE

Tuteur entreprise : Mme Martine FERRIER

Tuteur universitaire : Mr Florent GERBAUD

Master 2 Gestion de Patrimoine

2013- 2014



Avertissement :

L'IAE de Grenoble, au sein de l'Université Pierre-Mendès-France, n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires des candidats aux masters en alternance : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Tenant compte de la confidentialité des informations ayant trait à telle ou telle entreprise, une éventuelle diffusion relève de la seule responsabilité de l'auteur et ne peut être faite sans son accord.

Mot clés :

Protection sociale, salariés, régimes complémentaires collectifs, Prévoyance, Santé, actualité réglementaire

Résumé :

La protection sociale des salariés en France est stratifiée en plusieurs régimes. Un premier régime est constitué par le régime général de la sécurité sociale. Son but est de garantir un niveau de prestation minimal aux assurés. En raison d'un déséquilibre financier chronique depuis 2002, les gouvernements successifs ont mis en place des mesures pour réduire le déficit du régime Général ce qui a conduit à un désengagement progressif de la sécurité sociale pour certaines prestations comme celles en frais de santé. Pour pallier ce désengagement, des mesures incitatives ont été instaurées afin de développer la mise en place de régimes complémentaires collectifs. Ainsi, les entreprises proposant à leurs salariés un régime de prévoyance, de santé, ou de retraite peuvent bénéficier sous certaines conditions d'avantages fiscaux et sociaux. Ce sont ces conditions d'exonération qui ont fait l'objet d'une actualité réglementaire importante. Depuis la réforme Fillon de 2003, de multiples décrets ont été publiés, précisés par plusieurs circulaires ministérielles et lettre ACOSS afin de définir les conditions d'éligibilité aux dispositifs d'exonération. Il faut ajouter à cela les textes résultants de l'Accord National Interprofessionnel de 2013 retranscrit par la Loi de Sécurisation de l'Emploi qui instaure notamment une généralisation de la complémentaire au date du 1^{er} janvier 2017 et une refonte du dispositif de portabilité. La multiplicité des réformes et leur interaction entraîne des difficultés d'adaptation des régimes pour les entreprises. Par ailleurs il devient de plus en plus difficile pour un CGP et même pour certains courtiers spécialisés de maîtriser le sujet de la protection sociale collective.

Par conséquent, cette étude a pour objectif faire le point sur le cadre réglementaire régissant la mise en place des contrats collectifs. Par ailleurs, ce mémoire prendra un aspect pratique dans une troisième partie consacrée à la commercialisation des contrats collectifs.

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Martine FERRIER, gérante du Cabinet MGF Patrimoine, ainsi que l'ensemble des partenaires du cabinet au sein duquel j'ai effectué mon stage, pour leurs conseils et leurs orientations qui m'ont permis d'élaborer ce mémoire.

Aussi, je tiens à remercier Monsieur Florent GERBAUD, pour ses conseils et remarques pertinentes.

Enfin, je remercie plus particulièrement toutes les personnes de mon entourage qui m'ont apporté leur soutien, leurs conseils et leurs encouragements pour l'élaboration de cette étude.

Introduction	5
I. Le système de protection sociale en France.....	7
1. Définition de la protection sociale.....	7
2. La protection sociale en France.....	9
a. Histoire de la protection sociale	9
b. L'organisation actuelle de la Sécurité Sociale	12
c. Le financement de la Sécurité Sociale.....	15
3. Les prestations du régime de base de la Sécurité Sociale	17
a. Les prestations en nature	18
b. Les prestations en espèces.....	21
4. Les régimes complémentaires obligatoires	22
a. Les Conventions Collectives et/ou Accords de branches	22
b. Loi de mensualisation du 19/01/1978 et art7 de la CCN des cadres du 14 Mars 1947.....	23
II. Le marché de la prévoyance collective : évolutions réglementaires et modalités de mise en place d'un régime collectif	28
1. Le marché de la prévoyance complémentaire	28
a. Le rôle d'une complémentaire santé.....	28
b. Les différents types de contrats	29
c. Le marché de la prévoyance collective en chiffres.....	29
2. Modes de mise en place des contrats collectifs	30
3. Evolution réglementaire autour des régimes collectifs	32
a. Le dispositif d'exonération de charges sociales sur les cotisations employeurs	32
b. Les contrats « responsables »	41
c. L'ANI du 11/01/2013 : de la généralisation de la complémentaire santé à l'imposition des cotisations patronales	42
4. Quels sont les effets prévisibles de l'application de l'ensemble de ces mesures ?	46
III. La commercialisation des contrats collectifs	48
1. La prévoyance collective pour les CGP et au sein du cabinet MGF Patrimoine	48
2. La commercialisation des contrats collectifs.....	49
3. Comment comparer des contrats collectifs ?.....	54
4. Exemple de changement d'un contrat collectif de prévoyance	58
a. Régime conventionnel	60
b. Comparaison et sélection du contrat collectif	62
c. Dénonciation du contrat d'origine.....	64
d. Mise en place du nouveau régime par DUE :	65
Conclusion.....	67
Annexes	70
Bibliographie-Web graphie	

INTRODUCTION

1.2 Millions ! Ce chiffre représente le nombre d'entreprises comptant au moins 1 salarié dans leurs effectifs en 2013. Ce sont ces entreprises, employant près de 15 Millions de personnes, qui sont aujourd'hui concernées par les réformes des régimes de protection sociale complémentaire collectifs. La protection sociale française est actuellement stratifiée en trois niveaux. Le régime de base de la Sécurité Sociale constitue un premier niveau de protection. Celui-ci est complété par des régimes de prévoyance collectifs à adhésion obligatoire ou facultative, ainsi que par des contrats individuels facultatifs. Les contrats collectifs de ont fait l'objet d'une riche actualité réglementaire au cours de ces deux dernières années ce qui a conduit les entreprises à modifier leurs régimes existants, ou à mettre en place de nouveaux régimes afin de se mettre en conformité avec la législation. Sous l'impulsion de Marisol TOURAINE, ministre des affaires Sociales et de la Santé, le gouvernement a instauré de nombreuses mesures dans le but d'améliorer la couverture sociale des salariés et de leurs ayants droits. Parmi les mesures phares, la généralisation de la mutuelle santé d'entreprise a été l'une des plus commentées et des plus décriées. Si l'objectif d'équité entre les salariés semble louable, la réintégration fiscale de la part de la cotisation prise en charge par l'employeur au revenu imposable du salarié a entraîné la grogne des représentants syndicaux et des salariés. D'autres aménagements moins connus des salariés et des dirigeants d'entreprises mais tous aussi importants ont été apportés. On peut citer notamment les modifications du décret du 9 janvier 2012 et circulaires définissant le critère obligatoire et collectif des régimes collectifs de protection sociale, ou encore les décrets définissant le cadre des contrats responsables et les garanties du panier de soins ANI. La multiplicité des textes et leur complexité font que les acteurs de la protection sociale complémentaire ont très peu communiqué auprès des chefs d'entreprises. Aussi, la lenteur de publication des décrets a freiné le processus de mise en conformité des régimes. Aujourd'hui seuls les assureurs et les courtiers semblent maîtriser les conditions d'éligibilités aux dispositifs d'avantages fiscaux et sociaux réservés aux régimes complémentaires collectifs.

C'est dans ce contexte d'évolution réglementaire conséquente que nous vous proposons de faire un point sur les différents régimes de protection sociale et notamment de concentrer notre travail sur la réglementation afférente à la mise en place des régimes complémentaires collectifs. La notion de protection sociale concerne une multitude de risques. Nous concentrerons notre analyse sur les garanties de prévoyance et de frais de santé.

Afin de bien saisir l'importance des régimes complémentaires de prévoyance et de frais de soins de santé, la première partie de l'étude sera consacrée à la présentation du système de protection sociale français. Dans cette première section, nous vous proposerons une un bref historique sur la mise en place du système actuel ainsi qu'une présentation de son organisation et de son financement. Puis nous recentrerons notre analyse sur les prestations de prévoyance et de frais de soins de santé servies par le régime général de la Sécurité Sociale avant de conclure par une présentation des régimes complémentaires obligatoires de protection sociale.

Notre seconde partie sera exclusivement consacrée à l'analyse des régimes complémentaires collectifs obligatoires. Elle aura pour vocation à décrire la législation actuellement en vigueur pour la mise en place des contrats collectifs de prévoyance. La majeure partie de cette section portera sur l'évolution réglementaire autour dispositions d'exonération fiscale et sociale et sur les conséquences de l'application de la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 16 juin 2013.

Enfin, une troisième section portera sur la commercialisation des contrats collectifs. Nous tacherons de vous apporter des arguments de vente ainsi que quelques conseils afin de pouvoir comparer les contrats offerts par les différents partenaires. Enfin, ces premiers points seront complétés par un exemple de tarification inspiré par les travaux réalisés sur le sujet pendant la durée du stage.

I. Le système de protection sociale en France

Dans cette première partie, nous tâcherons de vous apporter un aperçu du système de protection sociale français. Nous vous présenterons dans un premier temps les principales étapes de la mise en place des régimes de protection sociale, puis nous nous concentrons dans un second temps sur les prestations servies par le régime général afin de cerner ses limites. Enfin, un dernier point sera consacré aux régimes complémentaires obligatoires de prévoyances et de frais de soins de santé.

1. Définition de la protection sociale

La protection sociale peut être définie comme l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de se couvrir face à un risque social. Le risque assuré revêt essentiellement une forme financière. Les risques sociaux sont caractérisés comme l'ensemble des situations susceptibles d'affecter la situation financière d'un individu. La protection sociale a donc pour objectif d'assurer une sécurité économique, de pallier une éventuelle perte de revenus liée à un sinistre en garantissant un niveau de revenus à chacun.

Parmi les risques évoqués ci-dessus, nous pouvons citer les risques de vieillesse, de maladie, d'accident ou encore de chômage...

Les régimes de sécurité sociale européens se sont inspirés de deux modèles fondateurs apparus successivement au cours du dix-neuvième et vingtième siècle. Ces deux modèles se différencient par leur logique : le modèle Bismarkien instaure une logique d'assurance tandis que le modèle Beveridgien est centré sur une logique d'assistance.

Ces deux modèles portent le nom de leurs créateurs. Le premier est apparu au milieu du XIX siècle lorsque le chancelier Otto Von Bismarck lança une politique de réformes sociales en Allemagne visant à protéger les travailleurs contre les risques d'accidents de travail, de maladie, d'invalidité mais aussi contre le risque de vieillesse. Ce premier système, fondé sur l'assurance obligatoire financée par des cotisations salariales et patronales proportionnelles aux revenus perçus par chaque assuré, a pour objectif le maintien partiel des revenus professionnels à la cessation d'activité. Il reprend quatre principes:

- Une protection exclusivement fondée sur le travail ce qui exclut les personnes non actives
- Impose une protection obligatoire pour les salariés ayant une rémunération inférieure à un salaire de référence, les salariés ayant une rémunération supérieure à ce seuil avaient le choix de d'avoir recours à une prévoyance individuelle ou non.
- Une proportionnalité des cotisations et des prestations en fonction des revenus de l'assuré est instaurée.
- Instauration du principe de cogestion des caisses entre employeur et salariés au niveau de chaque corps de métier.

Le second principe apparu au milieu du vingtième siècle est basé sur une logique d'assistance. Ce principe a été instauré par William Beveridge en 1941. Le Royaume Uni étant touché par la montée du chômage et de la pauvreté lors de l'après guerre, Beveridge fut chargé de reconstruire le modèle social britannique. Ainsi il retranscrit à travers ce rapport ses réflexions sur l'instauration d'un Etat-providence et instaura le principe de solidarité. Ce modèle a vocation à garantir un niveau minimal de couverture contre tous type de risque. Le salarié bénéficie d'une prestation minimale et est libre d'épargner s'il souhaite se protéger contre une baisse du niveau de ses revenus suite à l'arrêt de son activité. La seconde divergence majeure avec le régime précédent concerne le financement des prestations. Celles ci ne sont plus le fruit de cotisations prélevées sur les salaires mais sont financées par l'Etat. Ainsi ce modèle est dirigé par les principes suivants :

L'universalité de la protection sociale : extension de la protection sociale à tous les citoyens et tous les risques sociaux. Les salariés ne sont plus protégés par la classe de travailleurs à laquelle ils appartiennent mais par l'ensemble des citoyens.

- L'uniformité des prestations en espèces : permet de garantir une protection sociale égalitaire non soumis aux inégalités de revenus.
- L'unicité : ce modèle instaure une unification des régimes d'assurances sociales en un seul système national.
- Le financement par l'impôt

Les principes fondateurs de ces deux logiques sont aujourd'hui présents dans la majorité des pays européens. Ces derniers combinent la logique d'assurance et la logique d'assistance afin de garantir un niveau de revenus à l'ensemble de leur population.

2. La protection sociale en France

Le système de protection sociale actuel combine les logiques des deux modèles fondateurs. La logique d'assurance couvre l'éventualité de perte de revenu (chômage, maladie, vieillesse, accidents du travail). Comme pour le modèle Bismarkien ce type de risque est financé par des cotisations proportionnelles sur les salaires. La logique d'assistance a pour but de lutter contre la pauvreté en assurant un minimum de ressources à chaque individu. Cette logique fait appel aux principes de solidarité et d'universalité. Les prestations sont accordées sous conditions de ressources et sont les mêmes pour tous, c'est notamment le cas des prestations familiales, ou du Revenu de Solidarité Active (RSA). La construction du système de protection sociale français a été marquée par plusieurs étapes. Nous vous présenterons son évolution à travers un bref historique, puis nous nous focaliserons sur le régime actuel et son mode de financement.

a. Histoire de la protection sociale

Avant de vous présenter l'organisation du régime actuel, il convient d'effectuer un bref historique des faits marquants de l'histoire de la protection sociale.

Nous pouvons décomposer cet historique en trois temps. Une première période plutôt longue peu soutenue retraçant les prémices du régime actuel et prenant naissance à la Révolution de 1789 et finissant au milieu du vingtième siècle. Cette période fût suivie d'une seconde plus courte de 1945 à 1946, correspondant à la création de la Sécurité Sociale. Puis, la dernière période de 1947 à nos jours marquée par la multiplication de mesures destinées à améliorer le régime mis en place en 1946.

– Les premières formes de protection sociale

Il faut remonter à la fin du dix-huitième siècle pour trouver les premières formes de protection sociale en France. L'abolition de l'Ancien Régime en 1791 fait apparaître les premières sociétés de secours mutuel fondées sur la prévoyance collective volontaire. Puis, de 1830 à 1905 une première période de développement de la protection sociale est intervenue grâce à la première phase d'industrialisation. Initialement limitées à certaines activités, les sociétés de secours mutuel vont se répandre à la veille de la révolution de 1830 suite à l'essor de

contestations sociales. Elles apporteront notamment un soutien pour les actions de grèves et de solidarité. Reconnues par la loi en 1835, elles n'obtiendront une liberté de création en 1898.

Une première forme d'assistance sociale naît en 1893 avec l'institution de l'assistance médicale gratuite. Cette dernière sera rapidement suivie par la création du service départemental d'aide social à l'enfance en 1904 et par la création en 1905 de l'assistance aux vieillards infirmes et incurables.

Au cours d'une seconde phase, apparaîtront les véritables bases du système de protection sociale actuel en raison de la propagation du modèle de Bismarck à travers les pays européens. On verra apparaître entre 1898 et 1939 le système d'Assurance Sociales. La loi du 8 avril 1898 assurant la protection des salariés de l'industrie contre les accidents du travail sera la première loi à mutualiser les coûts liés à un risque. Elle reconnaît la responsabilité sans faute de l'employeur qui a l'obligation de prendre en charge l'indemnisation du salarié suite à un accident du travail. Puis la couverture des salariés seront étendu aux risques de maladie, maternité, d'invalidité, de décès et de vieillesse par les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930.

En ce qui concerne l'assurance vieillesse, des systèmes de retraite ont été instaurés dès le dix-neuvième siècle mais ces derniers étaient limités à certains corps de métiers comme les marins, militaires, fonctionnaires civiles ou encore les mineurs et cheminots. Entre 1928 et 1930, un ensemble de lois ont rependu l'assurance vieillesse pour les salariés de l'industrie et du commerce. Ce premier système d'assurance vieillesse reposait sur le principe de capitalisation et offrait une sortie en rente viagère simple ou avec réversion.

Pour conclure cette première période, la loi Landry du 11 Mars 1932 a eu pour but de généraliser les allocations familiales à tous les salariés de l'industrie et du commerce. Cette loi a rendu obligatoire l'affiliation des employeurs aux caisses d'allocation familiales. Financées par les cotisations de l'entreprise, des prestations étaient accordées aux salariés ayant au moins deux enfants. Seul le secteur de l'agriculture ne sera pas concerné par cette loi.

Aux prémices de la seconde Guerre Mondiale, la France disposait d'un système de protection sociale complet au niveau législatif, mais dans les faits peu performant et possédant de nombreuses lacunes comme par exemple par l'absence de couverture chômage.

– *1945-1946: création et mise en place de la sécurité Sociale*

L'après guerre sera marqué par la création de la Sécurité Sociale en 1945. Lors de cette période trois objectifs seront recherchés : une unité de la Sécurité Sociale, une généralisation à l'ensemble de la population, et une extension des risques couverts. L'ordonnance du 4 octobre 1945 sera le texte fondateur de la Sécurité Sociale. Elle aura pour effet de répondre à l'objectif d'unicité en instaurant un réseau coordonné de caisses. Cette refonte du système de protection sociale reprend les principes du système Bismarkien : gestion par des partenaires sociaux et financement des prestations par des cotisations employeurs et salariés. Ce texte crée un régime général pour les salariés du secteur privé et public, pour les exploitants agricoles et pour les travailleurs indépendants, mais l'objectif d'unité ne sera pas atteint puisque certains régimes particuliers appelés régimes « spéciaux » seront maintenus. Les risques assurés par le régime général sont identiques au régime actuel à savoir les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.

Trois lois parues en 1946 viendront compléter les objectifs de généralisation et d'extension des risques couverts. Tout d'abord la loi du 22 mai 1946 le régime instaure le principe de généralisation à l'ensemble de la population à l'exception de certaines professions comme les professions non salariées non agricoles qui s'y opposeront et la loi du 30 octobre intégrera l'indemnisation des accidents du travail et la loi du 27.

– *De 1946 à nos jours : Mise en place de la Sécurité Sociale actuellement en vigueur*

Cette période sera marquée par la poursuite des objectifs d'extension des risques couverts et de généralisation à l'ensemble de la population. Une liste des principales mesures mise en place au cours de cette période vous est présentée ci-dessous :

- 1947 : création du régime de retraite complémentaire pour les cadres (AGIRC)
- Protection des travailleurs non salariés : 17/01/1948 : création des 3 régimes d'assurance vieillesse (artisans, commerçant et professions libérales) ;
- Protection des exploitants agricoles : 1952 : création de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ;
- 4 Juillet 1975 : généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire
- 28 juillet 1999 : création d'une couverture maladie universelle pour les plus démunis

- 2006 : mise en place du Régime Social des Indépendants regroupant les régimes d'assurances maladies des artisans, commerçant et professions libérales, et les régimes d'assurance vieillesse.

On remarque que les objectifs d'extension des risques et de généralisation de la protection sociale ont été progressivement atteints au cours de cette période. Cependant, l'objectif d'unicité n'est toujours pas rempli puisque l'organisation de la Sécurité Sociale reste divisée en plusieurs régimes et plusieurs institutions.

b. L'organisation actuelle de la Sécurité Sociale

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la Sécurité Sociale est composée de plusieurs régimes auxquels s'ajoutent le régime d'assurance chômage et les régimes complémentaires de retraite. Chacun de ces régimes est organisé en branches constituées de caisses autonomes et gérées par une caisse nationale

– *Les régimes de la sécurité sociale :*

On dénombre 4 grands régimes de Sécurité Sociale et des régimes spéciaux :

- Le régime général regroupant l'ensemble des salariés non agricoles
- Le régime agricole regroupant les travailleurs salariés ou non salariés
- Le Régime Social des Indépendants regroupant les artisans, commerçants et professions libérales.
- Une quinzaine de régimes spéciaux : régime spéciaux d'entreprises et assimilés (cheminot, minier, notaires..), des fonctionnaires et militaires de l'Etat, des marins, des français à l'étranger, ou encore le régime spécifique des assemblées...

L'organisation de ces régimes est schématiquement représentée en annexes. (Annexe 1)

Chaque régime est composé de 5 branches gérées par des structures nationales, régionales et départementales

- La branche maladie : assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garanti l'accès aux soins. Cette branche est aussi chargée de garantir les risques de maternité, d'invalidité et de décès. Les caisses propres à trois régimes sont regroupées au sein de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) : les caisses du régime général (Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs

Salariés-CNAMTS), du régime agricole (la Mutuelle Sociale Agricole-MSA) et du régime social des Indépendants (RSI).

L'UNCAM a pour but de définir les prestations admises au remboursement par la Sécurité Sociale et le taux de prise en charge et de mener la politique conventionnelle menée avec les professionnels de santé.

- La branche famille : sa mission est d'atténuer les inégalités de niveaux de vie entre les ménages et de garantir un niveau minimum de revenus. Elle intervient dans quatre grands domaines : l'accompagnement des familles dans leur vie quotidienne, l'accueil des jeunes enfants, l'accès au logement et la lutte contre la précarité et le handicap. Cette branche est formée par une caisse nationale des allocations familiales (CNAF) constituée d'un réseau de caisses d'Allocation familiales au niveau local.

- La branche accidents du travail – maladies professionnelles. Elle a la charge de l'indemnisation des sinistres liés à un risque professionnel. Elle fixe la contribution des entreprises au financement du système d'assurance des dommages corporels liés au travail et met en œuvre la politique de prévention des risques professionnels dans le but d'améliorer les conditions de travail des salariés.

Au niveau de l'organisation, cette branche est souvent gérée par les mêmes organismes de la branche maladie. Par exemple, pour le régime général, la gestion de cette branche est confiée à la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP), cette dernière étant membre de la CNAMTS.

- La branche retraite. Chaque régime possède son propre régime d'assurance vieillesse : l'Assurance retraite pour le régime général (CNAVTS), le RSI pour le régime des artisans, commerçants et professions libérales, et la MSA pour les salariés agricoles. Ces régimes adoptent les mêmes règles de calcul des droits à la retraite cependant les taux de cotisation peuvent varier selon l'appartenance au régime.
- La branche recouvrement : L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) gère la branche recouvrement. Elle a la charge de gérer la trésorerie de chacune des branches de la sécurité sociale en collectant les cotisations et en les redistribuant aux caisses afin de financer les prestations. L'ACOSS a pour tutelle le ministère des Affaires sociales et de la santé et le ministère de l'Economie et des Finances. Elle pilote les 102 Urssaf, organisme chargé de la collecte et du contrôle des cotisations et contributions sociales.

Nous vous présentons ci-dessous un schéma retraçant l'organisation territoriale du régime général :

	REGIME GENERAL			
Branche	FAMILLE	MALADIE/ AT-MP	VIEILLESSE	RECOUVREMENT
Structure Nationale	CNAF	CNAMTS	CNAVTS	ACOSS
Structure Régionale		16 CARSAT		22 URSAFF
Structure Départementale	102 CAF	101 CPAM		

A cette organisation s'ajoute les organismes institutionnels qui sont chargés de veiller au bon fonctionnement et à la pérennité de la Sécurité Sociale.

La Direction de la Sécurité Sociale (DSS) a pour rôle d'assurer l'adéquation entre les prestations sociales apportées et les besoins des particuliers. Rattachée au Ministère de la Santé et de l'Economie, elle veille à garantir l'équilibre financier en pilotant les lois de financement de la SS. Pour l'élaboration de ces missions, la DSS se base sur le travail de divers organismes institutionnel chargé d'évaluer l'efficacité du système de protection sociale :

- La commission des comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) : analyse les comptes de la SS.
- La Mission d'évaluation et de contrôle de la SS (MECSS) : contrôle du respect des objectifs en matière de politique budgétaire.
- Le Comité nationale de lutte contre les fraudes (CNLF)
- Le comité d'orientation des retraites (COR)
- Le Haut Conseil de la Famille (HCF)
- Ou encore le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie (COMAM) et le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

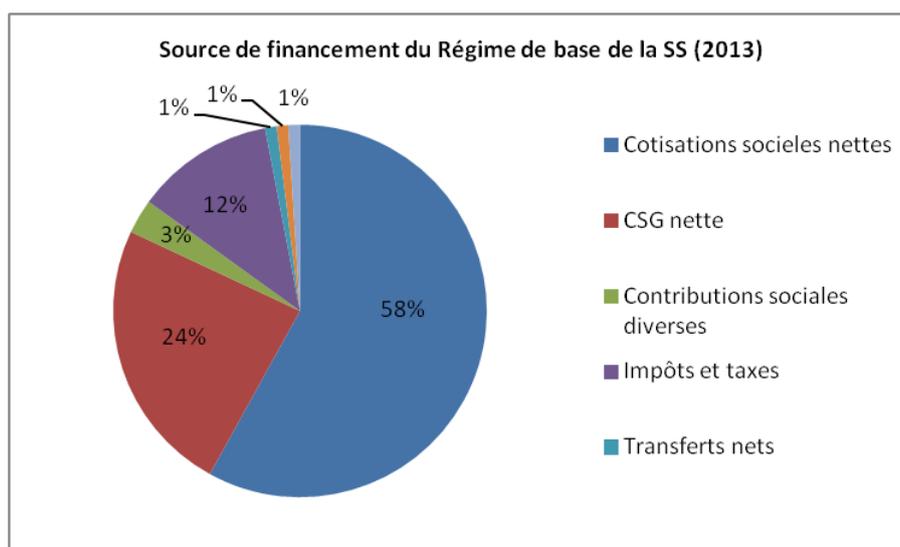
Nous avons pu voir que le système de protection sociale français est stratifié en plusieurs régimes et formé d'une multitude de caisses et d'organismes institutionnels chargées d'assurer la pérennité du système.

Notre problématique portant sur la couverture des salariés, nous vous présenterons dans cette section les prestations du régime général pour la branche maladie, arrêt de travail et maladie professionnelle.

c. Le financement de la Sécurité Sociale

- *Les sources de financement du régime de base la Sécurité Sociale :*

Le système de protection sociale est principalement financé par trois sources : les cotisations assises sur la rémunération des salariés ou sur le chiffre d'affaire des professions non salariées, les impôts et taxes, et les contributions publiques de l'état.



Source : Direction de la Sécurité Sociale

Comme le montre le camembert ci-dessus, les cotisations sociales sont la principale source de recettes avec près de 188 Mds d'euros récoltés en 2013 (source DSS), suivie par la Contribution Sociale Généralisée (CSG) et par les impôts et taxes

Les cotisations sociales sont prélevées sur les revenus d'activité des salariés, et sur les revenus de remplacement: salaires, indemnités de congés payés, primes, avantages en nature, chômage. Ces cotisations sont pour une partie pris en charge par l'employeur, pour une autre partie payées par le salarié. Vous trouverez en annexe (Annexe 2) un tableau retraçant les taux de ces cotisations.

La Contribution Sociale Généralisée représente le second poste avec une recette de 90.5 Mds d'€ en 2013. Celle-ci prend la forme d'un prélèvement sur l'ensemble des revenus : revenus d'activité, de remplacement, pensions de retraite et d'invalidité, revenus du patrimoine et produits de placement...etc. La CSG représentait 24% des recettes en 2013.

La Sécurité Sociale bénéficie de ressources provenant d'une multitude d'impôt et taxes comme le forfait social payé sur certains contrats collectifs, la taxe sur les salaires, la contribution sociale de solidarité des sociétés, les taxes sur les boissons alcoolisées, ou encore

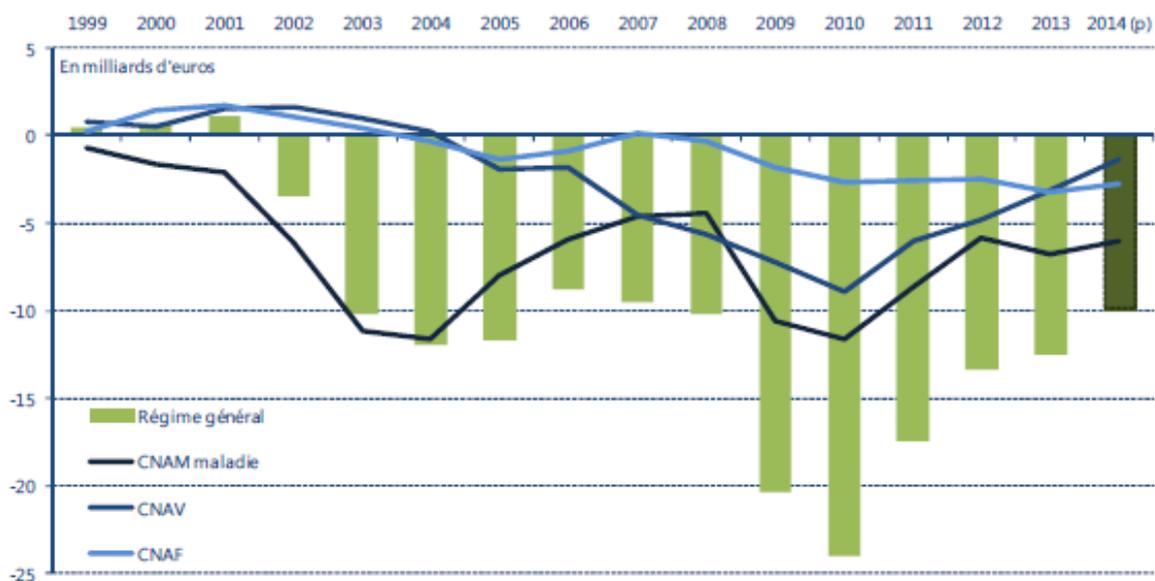
le doit de consommation sur les tabacs. Ces ressources représentaient 12% des recettes en 2013.

Les autres sources de financement sont principalement constituées par les transferts provenant de l'Etat. Ces transferts viennent compenser les pertes de recettes liées aux dispositifs d'exonération accordées aux entreprises, des transferts provenant des autres régimes bénéficiaires

– *Le bilan financier du régime de base de la Sécurité Sociale*

Le régime général de protection sociale est confronté depuis une quinzaine d'années à un déséquilibre entre les cotisations perçues et les prestations versées. Avec plus de 348.4 Milliards de dépenses pour environ 336 Milliard de recettes, le déficit du régime général de sécurité Sociale a atteint les 12.5 Milliards d'euros en 2013.

Le graphique ci-dessous représente l'évolution du déficit du régime de base de 1999 à nos jours :



Source : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, rapport année 2013

On remarque qu'un pic de dépenses a été atteint en 2010 avec près de 25 Mds de déficit. Les réformes apportées à travers les différentes lois de financement de la SS ont porté leur fruits puisque le déficit du régime de base a quasiment été divisé par deux en 3 ans (12.5 Mds en 2013). On observe notamment un spectaculaire redressement de la situation financière des branches maladie et vieillesse, la branche familiale continuant à être déficitaire.

Le tableau suivant représente la répartition entre chaque branche des recettes et des dépenses du régime de base.

	Recettes (Mds)	Poids de chaque branche	Dépenses (Mds)	Poids de chaque branche	Résultat financier
Maladie	158	47%	164,8	47%	-6,8
AT / MP	12	4%	11,4	3%	0,6
Vieillesse	111,4	33%	114,5	33%	-3,1
Famille	54,6	16%	57,8	17%	-3,2
Régime Général	336	100%	348,5	100%	-12,5

Source : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, rapport année 2013

La branche maladie possède le plus de poids générant près de 50% des dépenses et des recettes suivie par la branche vieillesse et la branche famille. Elle génère logiquement le déficit le plus fort avec près de 6.8 Mds d'euros.

La réduction spectaculaire du déficit du régime général a été acquise grâce à une maîtrise des dépenses et une augmentation des recettes. Cette politique de rigueur devrait continuer pour les années futures afin d'atteindre un équilibre budgétaire à moyen terme. L'objectif pour 2014 serait d'atteindre un niveau de déficit égal à 9.9Mlds d'€.

3. Les prestations du régime de base de la Sécurité Sociale

Notre problématique portant uniquement sur la commercialisation des contrats de prévoyance pour les salariés, nous vous présentons dans cette sous section les prestations prévoyance du régime de base de la Sécurité Sociale. L'organisme chargé du remboursement des dépenses des salariés en matière de prévoyance est la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les prestations servies prennent deux formes : les prestations en nature et les prestations en espèce.

a. Les prestations en nature

Ce premier type de prestation couvre les dépenses relatives aux frais médicaux, paramédicaux, d'hospitalisation et les frais pharmaceutiques. Nous regrouperont ci après l'ensemble de ces dépenses sous le terme de dépenses en frais de santé.

Pour pouvoir avoir accès à ce type de prestation, l'assuré doit remplir certaines conditions : avoir touché au moins 400 Smic horaires ou avoir travaillé 400h au cours de l'année civile.

La Sécurité Sociale rembourse une partie des dépenses engagées en frais de santé par l'assuré, mais également les dépenses engagées par ses ayant droits à condition qu'il ne soit pas assujettis à un régime de sécurité sociale.

Les actes remboursés sont inscrit dans deux nomenclatures :

- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui regroupe l'ensemble des actes techniques effectués par les médecins
- La Nomenclature Général des Actes Professionnels (NGAP) rassemble elles l'ensemble des actes cliniques, dentaires et chirurgicaux remboursées par la SS.

Chaque soin remboursé sera répertorié sous une lettre clé et un coefficient, et un taux de remboursement exprimé en pourcentage lui est attribué.

Le niveau de remboursement sera déterminé par l'application du taux de remboursement sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS). La BRSS correspond donc au coût par acte médical sur lequel le remboursement sera calculé. Il comporte notamment le Ticket Modérateur (TM) et la participation forfaitaire de 1€. Vous trouverez en annexe un tableau détaillant le pourcentage de remboursement pour les soins les plus fréquents. (Annexe 3)

Nous pouvons citer les niveaux de remboursement pour quelques dépenses en frais de santé : 70% pour une consultation chez un médecin généraliste, 60% pour un spécialiste, 65% pour les transports ou encore 80% pour les frais d'hospitalisation. A noté qu'il existe des régimes de remboursement spécifiques plus avantageux que le régime de base comme le régime d'Alsace-Moselle. Pour ce régime, le remboursement de la Sécurité Sociale vient à hauteur de 90% pour les visites chez les généralistes ainsi que pour les spécialistes, 100% pour les frais de transport et d'hospitalisation.

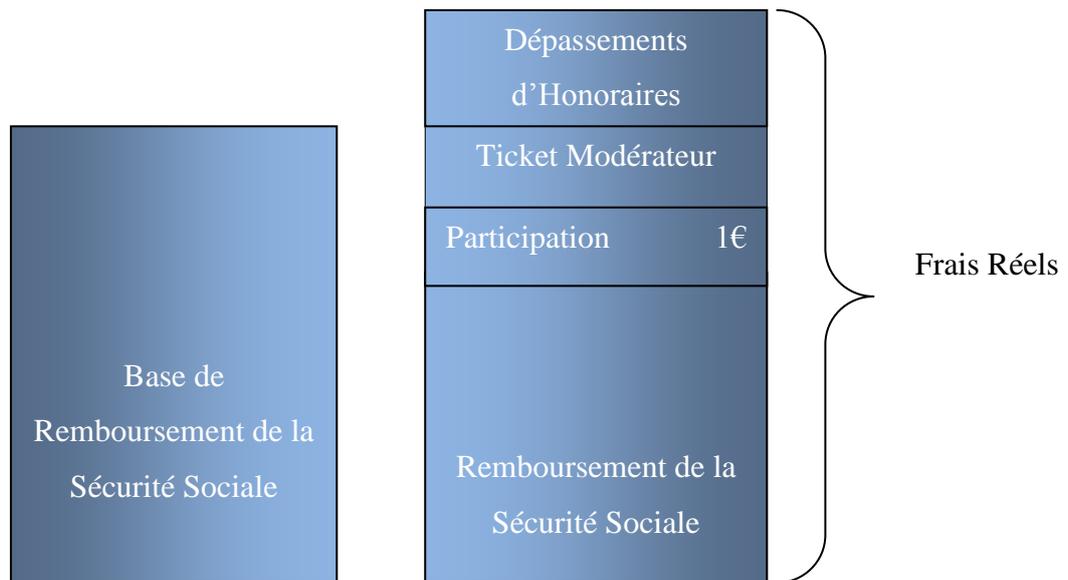
Comme nous l'avons indiqué précédemment, chaque acte dispose d'une base de remboursement auquel un taux de remboursement est appliqué. Les frais engagés par l'assuré

ne sont pas remboursés en totalité. La différence entre le montant du remboursement (avant la déduction de la participation forfaitaire) et la BRSS s'appelle le ticket modérateur (TM). Il varie donc selon chaque acte, mais aussi en fonction du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Dans un objectif de rationalisation et de meilleur suivi, chaque assuré a l'obligation de déclarer son médecin traitant. Si vous consultez un médecin différent de votre médecin traitant, le taux de remboursement de la consultation sera minoré à 30% seulement au lieu des 70% initiaux. (Annexe 4)

D'autres mécanismes viennent abaisser le niveau de remboursement de la Sécurité Sociale :

- Une participation forfaitaire de 1 € à été instaurée en 2005
- Un forfait de 18€ est appliqué sur les actes supérieurs 120€ depuis janvier 2010
- Des franchises médicales ont été instaurées : 0.5€ par boîte de médicaments et par acte paramédical, 2€ pour les transports sanitaires.

Nous pouvons représenter le mécanisme de remboursement par le schéma suivant :



Ce graphique nous montre comment la Sécurité Sociale traite le cas des différences d'honoraires appliqués médecins généralistes. Ces derniers sont classés en trois secteurs. Le premier secteur correspond aux médecins conventionnés à honoraires fixes de 23€ (pas de possibilité d'effectuer de dépassements d'honoraires). Le second secteur correspond aux médecins conventionnés mais à honoraires libres, c'est-à-dire qui ont la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires dans le tact et la mesure. Ces dépassements d'honoraires ne seront pas remboursés par la Sécurité Sociale. Enfin, le secteur 3 regroupe les

médecins non conventionnés, libres de fixer leurs honoraires. Les patients ayant recours à cette catégorie de médecin ne pourront bénéficier de remboursement de la part de la Sécurité Sociale.

Pour bien comprendre le mécanisme de remboursement, nous vous proposons d'effectuer un exemple.

Monsieur X a effectué une consultation chez son médecin traitant (secteur 2). Les honoraires pour cette consultation se sont élevés à 40€. Quel sera le remboursement accordé par la Sécurité Sociale ?

BRSS = 23€ (exclusion des dépassements d'honoraires)

Taux de remboursement : 70%

Base de remboursement : $70\% * 23\text{€} = 16.1\text{€}$

Participation Forfaitaire : -1€

Remboursement de la SS : 15.1€

Ticket Modérateur : 6.90€

A noter que dans certains cas l'assuré bénéficie d'un remboursement à 100% de la base de remboursement, c'est à dire que le ticket modérateur est pris en charge par la sécurité sociale. C'est notamment le cas des dépenses engagées suite à un accident ou une maladie professionnelle, en cas d'affection longue durée¹, pour les assurés bénéficiaires de la CMU-C² ou de l'AME³, ou encore pour les frais de maternité engagés entre le 6^{ième} et le 12^{ième} mois de grossesse.

La notion de ticket modérateur et de BRSS sont très importantes puisque les complémentaires santés, que ce soit dans le cadre d'un contrat individuel ou collectif, proposera un remboursement du reste à charge fixé en fonction de ces critères. A travers les tableaux mis à disposition en annexes, il est aisé de remarquer que le régime de base de la SS est peu protecteur dans certains domaines comme dans l'optique. Le rôle de la complémentaire santé

¹ Affection Longue Durée : maladie grave et/ou chronique ouvrant droit à une prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Ex : diabète, cancer, mucoviscidose, VIH

² Couverture Maladie Universelle Complémentaire

³ Aide Médicale d'Etat

sera de venir en complément au régime de base afin de garantir un remboursement suffisant pour rendre l'accès aux soins possible.

b. Les prestations en espèces

Ce deuxième type de prestations a pour but de garantir un niveau de revenu à tout salarié se trouvant dans une situation le privant de la perception de revenus professionnels. La privation de revenus professionnels peut provenir de différentes situations comme la maladie, la maternité, l'invalidité, l'incapacité. Les prestations versées prennent plusieurs formes :

- Les indemnités journalières sont servies en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) liée à une maladie, à la maternité, à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.
- les pensions ou rentes couvrent le risque d'invalidité : perte de la capacité de travail pour un assuré suite à un accident ou à une maladie. Cette perte de capacité peut-être partielle, on parlera alors d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou elle peut être totale, on parlera d'Invalidité Permanente Totale (IPT)
- Un capital est servi en cas de décès.

Pour les salariés, le montant de ces prestations dépend du cadre dans lequel est intervenu le du sinistre : on distingue les sinistres relevant de la vie privée de l'assuré et les sinistres relevant de la vie professionnelle (aucune distinction n'est faite entre vie privé et vie professionnelle pour les travailleurs non salariés).

Les prestations en espèces en vie privée ont pour but d'indemniser tous les sinistres qui n'ont aucun lien avec l'activité professionnelle de l'assurée. Au contraire des prestations en espèces en vie professionnelle couvrant uniquement les sinistres ayant un rapport avec l'activité professionnelle du salarié.

Dans ce dernier cas, on distingue 3 types de sinistres :

- Les accidents du travail : accident qu'elle qu'en soit la cause, survenu à l'occasion d'un travail effectué par tout salarié travaillant pour un ou plusieurs employeur ou chef d'entreprises
- Les accidents du trajet : accident survenu aux salariés entre leur lieu de travail et leur domicile, ou à l'occasion d'une mission effectuée pour le compte de l'employeur.

- Les maladies professionnelles : maladie inscrite sur la liste des maladies professionnelles ou maladie dont la preuve de l'origine professionnelle a été rapporté par l'assuré.

Vous trouverez en annexes (Annexe 5 et 6) suivantes les conditions d'accès, les règles de calculs, ainsi que les franchises appliquées pour le versement des prestations en vie privée et vie professionnelle.

A travers ces tableaux, il est aisé de remarquer que le niveau de garanti du régime de base de la sécurité sociale n'est pas suffisant pour garantir un maintien de revenus en cas de sinistre. Par exemple, en cas d'arrêt total de travail seul 50% de la rémunération moyenne des trois derniers mois est garanti après une carence de trois jours. Cette indemnisation est d'autant plus faible que le salaire moyen de référence est limité à 1.8 SMIC. En ce qui concerne l'invalidité, les rentes versées sont aussi limitées à un maximum de 938€, 1564€ et 2667€ pour les catégories 1,2 et 3.

Il semble primordialement de souscrire une prévoyance que ce soit dans le cadre d'un contrat individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif proposé et financé en partie par l'employeur.

4. Les régimes complémentaires obligatoires

Les prestations du régime de base de la sécurité sociale sont complétées par des dispositions législatives ou par des accords collectifs. Ces dispositions visent à instaurer des prestations complémentaires afin d'améliorer la protection de certains salariés.

a. Les Conventions Collectives et/ou Accords de branches

Certaines Convention Collectives ont inclus des régimes de prévoyance et des régimes de frais de soins de santé pour l'ensemble ou à une catégorie de salariés. Les garanties négociées dans les conventions collectives ou les accords de branches viennent compléter celles offertes par le régime de base de la Sécurité Sociale et constituent le second pilier de la prévoyance en France. L'entreprise soumise à un accord collectif a donc l'obligation de proposer un contrat prévoyant au minimum les garanties mentionnées dans cet accord. Les cotisations sont en partie prises en charge par l'employeur, le solde étant à la charge des salariés. Pour rappel, les

accords de branches ou les conventions collectives s'impose à toutes les entreprises syndiquées à une organisation patronale signataire de l'accord. Cet accord peut être étendu à l'ensemble d'une branche par un arrêté d'extension pris par l'Etat. L'arrêté d'extension oblige toutes les entreprises du secteur d'activité d'offrir à leurs salariés un contrat de prévoyance ou de frais de soins de santé comportant des garanties au moins égales à celles inscrites dans l'accord collectif.

Les régimes complémentaires conventionnels sont principalement assurés par les Institution de Prévoyance. Certaines branches ont créé leurs propres IP ou ont désigné un organisme assureur afin de mutualiser le plus largement possible les risques et la gestion des garanties. La réglementation autour du choix des organismes assureurs a suscité de nombreuses controverses depuis quelques mois. Ce point sera développé lors d'un prochain paragraphe.

Vous trouverez en annexes quelques exemples de secteurs d'activités ayant recours à un régime complémentaire assuré par une IP (Annexe 7)

En 2008, sur les 300 CCN existantes, 181 instituaient un régime de prévoyance. Ce chiffre à été porté à 244 en 2011. L'insertion de garanties collectives de frais de soins de santé au sein des CCN a été plus tardive. C'est à partir de 2004 suite à l'apparition des « contrats responsables » que ces garanties se sont répandues au sein des accords collectifs. Toujours en 2008, seules 42 CCN disposait d'un régime complémentaire de frais de soins de santé, ce chiffre sera porté à 62 sur 252 CCN en 2011.

b. Loi de mensualisation du 19/01/1978 et art7 de la CCN des cadres du 14 Mars 1947

Deux textes apportent un complément au régime de base de la Sécurité Sociale : la loi de mensualisation du 19 janvier 1978 et l'article 78 de la Convention Collective Nationale des cadres du 14 mars 1947.

– La loi de mensualisation du 19 Janvier 1978

Ce premier texte instaure un dispositif de maintien de salaire en cas d'absence au travail pour cause de maladie ou d'accident pour les salariés des entreprises soumise à une CCN et ayant plus de trois ans d'ancienneté. L'Accord National Interprofessionnel du 25 Juin 2008 vient améliorer le texte en abaissant les conditions d'ancienneté à un an seulement et en ramenant le délai de carence à 7 jours. Ce délai de carence est supprimé en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail.

Pour résumer le dispositif, l'entreprise s'engage à verser une indemnité en complément des prestations du régime de base de la Sécurité Sociale afin que l'assuré atteigne un pourcentage de rémunération déterminé selon son ancienneté dans l'entreprise. L'employeur a une obligation de résultat, il peut souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur pour transférer le risque qu'il supporte.

Pour rappel en cas d'interruption temporaire de travail, le régime général de la SS verse une prestation de 50% du dernier salaire moyen des trois derniers mois après une carence de 3 jours.

L'ANI du 25/06/2008 instaure un maintien de salaire d'un niveau et d'une durée fixée en fonction de l'ancienneté du salarié. Le tableau ci-dessous reprend ces éléments :

Ancienneté dans l'entreprise	1 ^{er} période d'indemnisation à 90% du salaire*	2 ^{ème} période d'indemnisation à 66% du salaire*
1 à 6 ans	30 jours	30 jours
6 à 11 ans	40 jours	40 jours
11 à 16 ans	50 jours	50 jours
16 à 21 ans	60 jours	60 jours
21 à 26 ans	70 jours	70 jours
26 à 31 ans	80 jours	80 jours
31 ans et plus	90 jours	90 jours

*sous déduction de la Sécurité Sociale

Exemple : un salarié ayant 2 ans d'ancienneté et touchant 2000€ par mois (65.74€/jour) est arrêté pendant 40 jours.

Du 1^{er} jour au 3^{ème} jour : période de franchise de la SS, aucune IJ versée

Du 3^{ème} au 7^{ème} jour : IJ de la SS : $(2000/30.42)*0.5=32.87€$

Du 8^{ème} au 38^{ème} jour : IJ de la SS : 32.87

IJ payée par l'entreprise : $(65.74*0.9) - 32.87=26.30€$

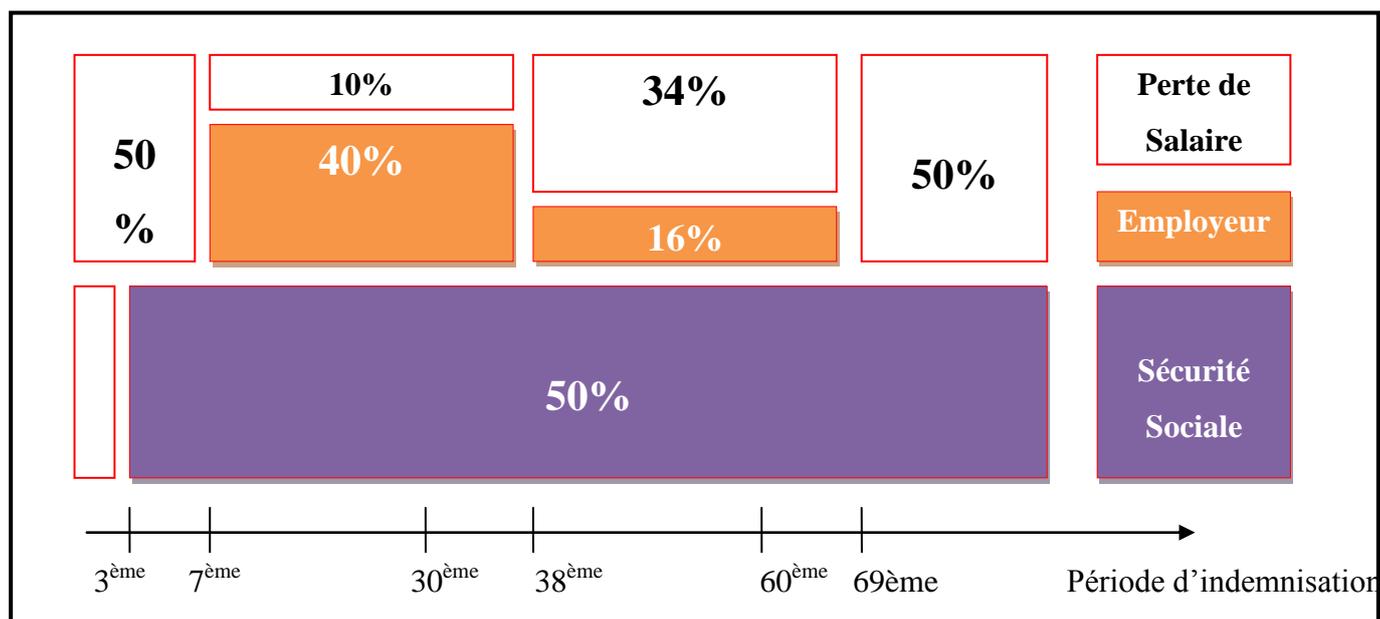
Ce qui équivaut à une indemnisation à hauteur de 90% : $(26.30+32.87) /65.74$

Du 38^{ème} au 40^{ème} jour : IJ de la SS : 32.87€

IJ payée par l'entreprise : $(65.74*0.66) - 32.87€ = 10.52€$

Soit une indemnisation totale à hauteur de 66% : $(32.87+10.52)/65.7$

Schéma récapitulatif du dispositif du maintien de salaire pour un employé ayant entre 1 et 6 ans d'ancienneté :



A noter que si une convention collective comporte des garanties plus favorables que celles inscrites dans la loi de mensualisation, l'entreprise devra intervenir à hauteur des garanties prévues dans la CCN.

– *L'Article 7 de la Convention Nationale Collective des Cadres du 14 Mars 1947*

Cet article instaure l'obligation, pour toutes les entreprises soumises à cette CCN, d'offrir des garanties de prévoyance pour les cadres et ce jusqu'à leur départ en retraite.

« Les employeurs sont obligés à verser, pour tout bénéficiaire visé, aux articles 4 et 4 bis de la convention à l'annexe 4 de cette convention, une cotisation à leur charge égale à 1.50% de la tranche A. » Art 7 CCN des Cadres de 1947

Les articles 4, 4 bis ont été joints en annexe. Ces articles permettent de définir les salariés considérés comme cadres et donc éligibles au dispositif. (Annexe 8)

Le non respect de cette convention peut impliquer de lourdes conséquences financières. En effet, en cas de non respect de l'article 7, les employeurs auront l'obligation de verser en cas de décès d'un de leurs employés cadres, un capital de 3 fois le PASS en vigueur aux ayants-droits de l'employé décédé, soit 112 644€ en 2014.

Par ailleurs, la lettre AGIRC du 26 août 1994 a apporté une précision sur le montant des cotisations. Au moins la moitié de la cotisation doit être affectée pour le risque décès, le solde pouvant être consacré aux risques d'invalidité ou d'incapacité.

Nous vous présentons ci-dessous quelques exemples illustrant l'Art 7 de la CCN de 1947.

Exemple 1 :

Mise en place d'un contrat couvrant le Décès et d'un contrat frais de santé.

Cotisation décès : 0.80% pris en charge à 100% par l'employeur

Cotisation Frais de Santé : 2%, pris en charge à 50% par l'employeur

L'employeur respecte l'art 7 de la CCN des cadres puisqu'il prend en charge plus de 1.50% de cotisation et plus de la moitié des cotisations correspond au risque Décès (0.80%)

Exemple 2 :

Mise en place d'un contrat pour un salarié cadre (rémunération 42000€). Garanties : décès et invalidité pour une cotisation de 1.35% sur la tranche A et 1.35% sur la tranche B.

L'employeur répond-il à ses obligations ?

Oui, la cotisation minimale doit être de 1.5% sur la tranche A, soit $37548 * 1.5\% = 563.22\text{€}$

La cotisation payée par l'employeur sera de $1.35\% * 42000\text{€} = 567\text{€}$

L'employeur est alors en conformité avec l'art 7 de la CCN des cadres.

Exemple 2 suite :

Un nouvel employé cadre est embauché pour une rémunération de 40 000€. L'employeur répond-il à ses obligations ?

Cotisation minimale : 563.22€

Cotisation payée par l'employeur pour le second salarié : $40000 * 1.35\% = 540\text{€}$

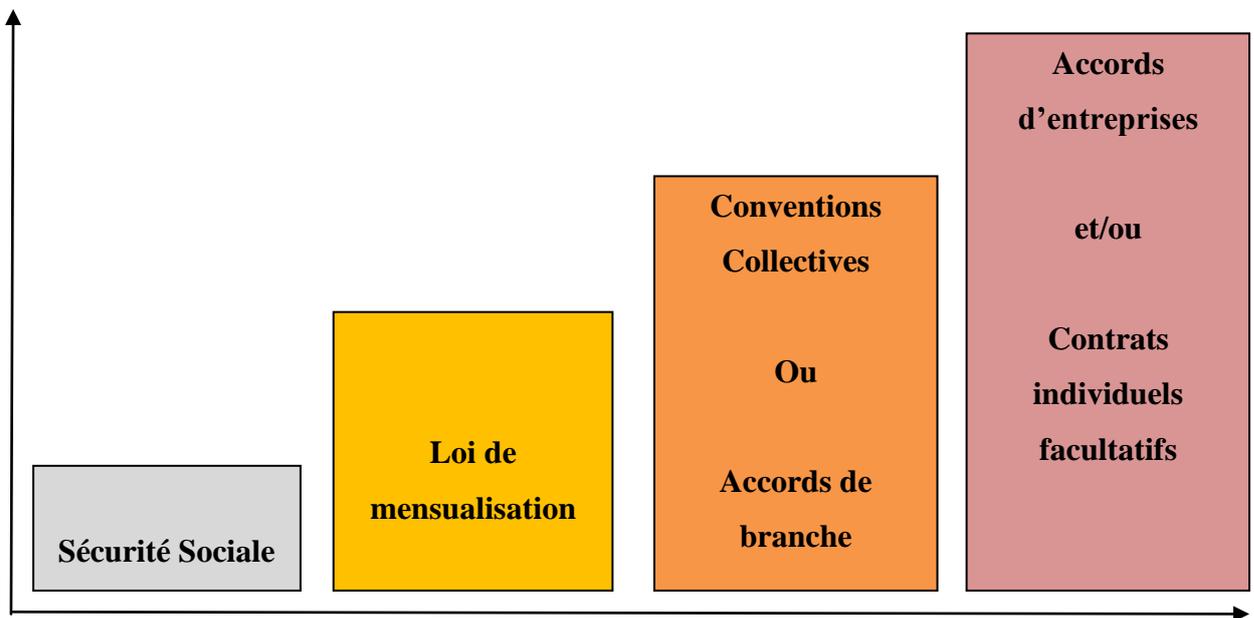
Le contrat devient non conforme à l'article 7 de la CCN des cadres.

Attention, en cas de réduction du taux de cotisation suite à une promotion (tarif créateur), si le taux est inférieur à 1.50%, l'employeur n'est pas considéré comme remplissant son obligation conventionnelle. Le taux de cotisation doit rester supérieur à 1.50% après l'application du tarif créateur.

Tout au long de cette première partie, nous nous sommes efforcés à vous présenter l'organisation de la Sécurité Sociale ainsi que les prestations servies par le régime général.

Nous avons pu voir que la protection sociale des salariés est hiérarchisée en plusieurs normes.

Cette hiérarchie peut être représentée par le graphique suivant :



Le régime de base de la Sécurité Sociale est complété par la loi de mensualisation du 19 janvier 1978. Des accords de branches ou conventions collectives peuvent étendre les garanties instaurées par la loi de mensualisation. L'entreprise peut aussi augmenter les garanties offertes à ses salariés en mettant en place un régime complémentaire de prévoyance et de frais de soins de santé. La mise en place de ce type de contrat a fait l'objet d'une évolution réglementaire très poussée au cours de ces dernières années. Si les régimes de prévoyance sont restés facultatifs au sein des entreprises, celles-ci auront l'obligation de mettre en place un contrat de frais de santé couvrant l'ensemble de leurs salariés à partir du 1er janvier 2016. Nous présenterons à travers la section suivante les évolutions réglementaires et les modalités de mise en place des contrats collectifs de prévoyance.

II. Le marché de la prévoyance collective : évolution réglementaire et modalités de mise en place d'un régime collectif

Le marché des contrats collectifs de prévoyance et de frais de soins de santé se sont fortement développés au cours de ces dernières années en raison de la faiblesse des prestations offertes par le régime de base de la Sécurité Sociale. Les assurés portent une attention particulière à leurs contrats complémentaires qu'ils soient de type individuel ou collectif. Nous vous présenterons l'organisation et le poids du marché de la prévoyance collective complémentaire, puis nous feront un point sur l'évolution de la législation afférente à la mise en place des contrats collectifs.

1. Le marché de la prévoyance complémentaire

Dans ce premier point nous nous attacherons à vous présenter le marché de la protection sociale collective complémentaire en France. Nous évoquerons les différents types de contrats, les acteurs ainsi que le poids de la prévoyance complémentaire.

a. Le rôle d'une complémentaire santé

La complémentaire santé a pour but de compléter les prestations servies par le régime de base de la Sécurité Sociale afin de garantir un niveau de remboursement satisfaisant pour les assurés. Pour limiter la perte de revenus liée à une perte d'activité ou de limiter les frais engagés dans les dépenses de santé, chaque individu a la possibilité de souscrire une complémentaire que ce soit de manière individuelle, ou collective par le biais de l'entreprise dans laquelle il évolue.

En France, seuls trois types d'organismes sont autorisés à commercialiser ces types de contrats. Les différences entre ces organismes proviennent de leur but social et de leurs modes de gouvernance.

- Les mutuelles régies par le code de la Mutualité personnes morales à but non lucratif et dont la gouvernance repose sur les principes mutualistes (AG dirigée composé par les

assurés). Les mutuelles sont largement majoritaires dans les secteurs des contrats individuels avec près de 70 % des contrats de santé individuels

- Les Institution de Prévoyance (IP): régies par le Code de la Sécurité Sociale, elles sont elles aussi à but non lucratif. Cependant, leur mode de gouvernance est « paritaire », leur conseil d'administration est composé des partenaires sociaux, salariaux et patronaux.
- Les compagnies d'assurances régies par le code des assurances, qui elles sont à but lucratif et dont leur mode de gouvernance est « capitaliste » (détenue par des actionnaires).

b. Les différents types de contrats

On distingue en général deux grands types de contrats :

- **Les contrats collectifs** : contrats proposés dans le cadre de l'entreprise. Pour ces contrats, une partie des cotisations peut être prise en charge par l'employeur, la partie non prise en charge étant à la charge du salarié. Au sein de ce type de contrat nous pouvons distinguer 3 sous-catégories. Les contrats collectifs à adhésion facultative : le salarié a le choix d'adhérer ou non au régime collectif et de choisir le niveau de garantie souhaité. Les contrats à adhésion obligatoire : lors de la mise en place, tous les membres du collègue (catégorie de personnel concerné) sont affiliés au régime, en contrepartie l'assureur doit assurer l'ensemble du collègue. Pour ce type de contrat, tous les salariés disposent du même niveau de garanties. Enfin, les contrats collectifs à adhésion obligatoire et facultative. Le salarié dispose d'un socle de garanties identiques aux autres salariés. Cependant il a la possibilité de souscrire à des options ou des extensions facultatives (sur-complémentaire)
- **Les contrats individuels** : contrats de complémentaire santé pour lesquels le souscripteur paye la totalité des primes d'assurances. L'adhésion à ce type de contrat est facultative.

Pour l'ensemble de ces contrats, l'assuré a le choix d'assurer un ou plusieurs membres de sa famille (les ayants-droit). La définition des ayants droit peut être différente selon chaque contrat. Celle-ci est reprise dans les conditions générales spécifiques à chaque contrat.

c. Le marché de la prévoyance collective en chiffres⁴

⁴ Source : Document de Formation, « La prévoyance dans l'entreprise » Générali

Le marché de l'entreprise représente une bonne opportunité pour le Conseiller en Gestion de Patrimoine indépendant de diversifier ses compétences et ses sources de rémunération.

La prévoyance collective est un marché porteur puisque sur les 51 millions de personnes âgées de plus de 18 ans, 5.6 millions envisagent de créer une entreprise dans les 2 ans et 2.5 millions ont préparé un projet qu'ils planifient dans les deux ans. Ce marché de l'entreprise est en constant renouvellement ce qui permet aux courtiers ou CGP de bénéficier d'un marché dynamique. En 2012, on comptait 3.4 millions d'entreprises dont 564 975 créations.

En ce qui concerne le volume financier du marché de l'assurance collective en prévoyance et santé, celui-ci était de l'ordre de 20.1 milliards d'euros en 2011 répartis entre les 3 acteurs cités précédemment.

Les mutuelles représentaient près de 2.4 Mds d'euros soit environ 16% du marché, environ 8.5 Mds (40%) 9.2 Mds pour les Sociétés d'assurances et les Institution de prévoyance (44%).

Seul 33% des entreprises de 1 à 9 salariés possèdent un contrat de santé contre 49% pour les entreprises de 10 à 49 salariés.

Ce marché est donc en pleine croissance et la généralisation des de frais de soins santé prévue en date 1^{er} janvier 2016 constitue une bonne opportunité pour les courtiers et les CGP.

2. Modes de mise en place des contrats collectifs

Les contrats collectifs peuvent émaner d'accords collectifs (CCN, accords de branches) ou de la volonté du chef d'entreprise d'instaurer un régime complémentaire pour ses salariés.

Trois modes de mise en place sont proposés :

- L'accord d'entreprise
- Le référendum
- La décision unilatérale

Ce choix permettra au chef d'entreprise d'adapter le contrat aux besoins de l'entreprise.

- *La mise en place par accord d'entreprise :*

Ce premier mode est privilégié par les entreprises de plus de 50 salariés. Il résulte d'une négociation entre l'employeur et les représentants des salariés (délégués du personnel, organisations syndicales, salarié mandaté par une organisation syndicale). Les grandes entreprises favorisent ce mode car il instaure dialogue social avec l'ensemble des salariés. L'accord fait l'objet d'une consultation du Comité d'Entreprise qui rend un avis motivé avant tout acte de mise

en place ou de modification du régime. L'accord doit ensuite être remis auprès de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. L'employeur est censé mettre à disposition de l'ensemble des salariés une copie de cet accord et doit informer du contenu du contrat chaque salarié par la remise d'une notice.

- *La mise en place par référendum :*

Ce mode de mise en place nécessite la rédaction par l'employeur d'un projet définissant le régime de prévoyance souhaitant être mis en place. Il doit notamment mentionner les garanties offertes, leur mode de financement, les cas de dispenses possibles, ou encore les incidences d'une résiliation du contrat. Le Comité d'Entreprise est consulté afin de recueillir un avis. Une information doit être transmise à l'ensemble des salariés pour définir l'objet du référendum. Une ratification du scrutin par la majorité des salariés est nécessaire. Une fois le régime accepté, les salariés n'ont pas la possibilité de renoncer à l'adhésion du contrat.

- *La mise en place par Décision Unilatérale d'Entreprise (DUE) :*

La mise en place d'un contrat collectif au sein de l'entreprise peut provenir de la seule volonté du chef d'entreprise. Celle-ci intervient par la rédaction d'une décision unilatérale. Un exemple de DUE est joint en annexe (Annexe 9). Ce document est un véritable acte juridique. Pour la rédaction d'un tel acte, il est nécessaire d'avoir recours à un avocat en droit social afin d'éviter la nullité ou une requalification du contrat. La DUE doit obligatoirement mentionner certains points :

- L'objet de la DUE : Défini si le type de contrat mis en place : contrat complémentaire obligatoire de prévoyance, de frais de santé ou de retraite
- La date d'effet du contrat
- Personnel bénéficiaire : il convient de définir les salariés bénéficiant du régime. Le contrat peut être destiné à l'ensemble du personnel ou à une catégorie objective de personnel.
- Les cas de dispense d'adhésion
- Les conditions d'ancienneté
- Le financement : taux des cotisations, répartition entre cotisation employeur et cotisation salarié
- La portabilité des droits
- L'organisme assureur

- Durée de l'engagement, les modalités de révision et les modalités de dénonciation

La mise en place par DUE fait l'objet d'une consultation du Comité d'Entreprise (en cas de présence d'un CE). Une information écrite sur la mise en place d'un régime collectif sera aussi remise à l'ensemble des salariés concernés par lettre recommandée avec accusé de réception. La remise de l'écrit peut également être prouvée en établissant une liste d'émargement signée par chaque salarié concerné. Une notice d'information valant de conditions générales leur sera transmise. Il est possible de modifier un régime existant. Les conditions de modifications d'une DUE n'ont fait l'objet d'aucun texte. Il convient d'appliquer les règles dictées par la jurisprudence de la cour de Cassation : information des institutions représentatives du personnel, respect d'un délai de préavis suffisant, notification individuelle par écrit à chaque intéressé. Les règles de dénonciation sont les suivantes : information individuelle de chaque salarié concerné et des délégués du personnel s'il y a lieu, respect d'un délai de prévenance suffisant (minimum 3 mois).

3. Evolution réglementaire autour des régimes collectifs

Dans ce paragraphe, nous allons voir que les cotisations de prévoyance pris en charge par l'employeur peuvent donner lieu à une exonération de charges sociales en cas de respect de certaines conditions. Ces conditions ont fait l'objet d'une actualité réglementaire importante au cours de ces derniers mois. La législation en vigueur étant peu connue des chefs d'entreprises et du service de la paie, nous tacherons de présenter les critères d'éligibilité au dispositif d'exonération ainsi que les apports de la Loi de Sécurisation de l'Emploi de 2013. Enfin, nous ferons un point sur la définition des contrats dits « responsables ».

a. Le dispositif d'exonération de charges sociales sur les cotisations employeurs

Les primes versées par les employeurs destinées au financement d'un régime complémentaire de retraite ou de prévoyance font l'objet d'un régime social spécifique en cas de respect de certains critères prévu par décret. En contrepartie de ce régime incitatif, un forfait social de 8% est appliqué pour les entreprises de ayant au moins 10 salariés. Les URSSAF sont particulièrement

vigilantes au respect de ces critères. Des contrôles sont régulièrement effectués auprès des entreprises. En cas de non des critères d'exonération, un risque de redressement sur trois ans est couru par l'entreprise.

Le décret du 9/01/2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, et textes rattachés.

L'article L242-1 du code de la sécurité sociale fixe le régime social des différents éléments de rémunération versés aux salariés. Elle précise notamment le sort social des cotisations de prévoyance et de retraite complémentaire financées par l'employeur.

« Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérés comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail [...].

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaire de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leur salariés, anciens salariés et de leur ayant droits [...] lorsque ces garanties revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat.» article L242-1 du CSS

Les entreprises disposant d'un régime complémentaire de retraite peuvent donc bénéficier d'une exonération de charges sociales sur les primes versées pour chaque salarié à condition que le contrat ait un caractère obligatoire et collectif.

Le texte fixant ces conditions est le décret du 9 janvier 2012. Son but est de définir des critères objectifs ainsi que les cas de dispense à retenir pour la définition du caractère collectif et obligatoire des garanties de prévoyance et de retraite. Ce texte a été précisé par la circulaire du 25 Septembre 2013 et la lettre ACOSS du 4 février 2014. Le décret a ensuite fait l'objet d'une modification en date du 8 juillet 2014.

Quelles sont les conditions à respecter pour bénéficier d'une exonération de charges sociales ?

– ***Respect du caractère collectif :***

Un régime est considéré comme collectif lorsqu'il offre des garanties à l'ensemble des personnels ou à une catégorie d'entre eux, sous réserve que cette catégorie soit établie à partir de critères objectifs.

Il est donc possible de mettre en place un régime complémentaire de retraite ou de prévoyance pour l'ensemble du personnel ou pour une ou plusieurs catégories de personnel.

La problématique d'égalité de traitement entre en considération lorsque le régime couvre une ou plusieurs catégories de salariés. L'employeur est tenu d'assurer une égalité entre tous les salariés. Cette égalité peut être remise en cause lorsque le chef d'entreprise décide d'instaurer un régime complémentaire pour une seule catégorie de salarié.

La Cours de Cassation a apporté des précisions sur cette notion d'égalité de traitement: « en raison des particularités des régimes de prévoyance couvrant les risques maladie, incapacité, invalidité, décès et retraite (...), l'égalité de traitement ne s'applique qu'entre les salariés relevant d'une même catégorie professionnelle ».

Pour qu'un contrat ne soit pas perçu comme un avantage injustifié, le décret précise qu'il est possible de mettre en place un régime collectif à une ou plusieurs catégories de personnels sous réserve que ces catégories permettent « de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées ».

Le décret du 9 janvier 2012 fixe 5 critères objectifs permettant de limiter les garanties retraite et de prévoyance à une catégorie de salariés. Ces critères ont fait l'objet de quelques modifications suite à la publication décret du 8 Juillet 2014 :

- Critère n° 1 : l'appartenance à la catégorie des cadres et non cadres définies par référence à la CCN des cadres de 1947. (art 4, art 4bis, art 36) (Annexe 8)
- Critère n°2 : Seuil de rémunération déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations aux régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC.

Exemple de critère objectif :

- salarié dont la rémunération est inférieure à 1 PASS
- salarié dont la rémunération inférieure à 4 PASS
- salarié dont la rémunération est supérieure à 1 PASS
- salarié dont la rémunération est supérieure à 4 PASS

Le seuil de 8 PASS ne peut être utilisé comme catégorie objective.

- Critère n°3 : La place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels. Attention, les coefficients ou niveaux de classification ne peuvent être considérés comme critère objectif. Seul le premier niveau de classification défini par la convention est admis.

Exemple : La convention X définit deux catégories de salariés :

Catégorie 1 : les techniciens, rémunérés en fonction de l'ancienneté et selon une échelle de 7 niveaux (de A à G)

Catégorie 2 : les cadres, rémunérés en fonction de l'ancienneté et selon une échelle de 45 niveaux (de H à K)

La catégorie de technicien correspond au critère 3. Cependant le niveau E qui correspond au deuxième niveau de classification ne peut constituer une catégorie objective.

- Critère n°4 : le niveau de responsabilité, d'ancienneté, type de fonction, autonomie correspondant aux sous catégories fixées par convention de branches ou professionnelles. Sont ici visés les niveaux de classification inférieurs au premier niveau. Si l'on reprend l'exemple du niveau 3, le niveau E correspond à la sous catégorie.
- Critère n°5 : L'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.

Sur ces 5 critères, seuls deux ou trois permettent de bénéficier d'une présomption de respecter la condition de couvrir l'ensemble des salariés d'une même catégorie.

Le tableau suivant présente les critères bénéficiant de cette présomption de validité :

Critères Objectifs	Retraite	Décès isolé	Incapacité, Invalidité, Inaptitude	Frais de soins de santé
1 : Appartenance aux catégories de cadres et non cadres définies par la CCN de 1947				
2 : Les seuils de rémunération fixés pour le calcul des cotisations ARRCO et AGIRC				
3 : La place dans les classifications professionnelles définies par accords collectifs				
4 : Niveau de responsabilité, autonomie, type de fonction correspondant aux sous-catégories fixées par convention de branches ou professionnelles				
5 : Appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants dans la profession				



Bénéficie de la présomption



Bénéficie de la présomption, à condition que l'ensemble des salariés soient couverts



Absence de présomption

Les cases vertes et oranges représentent les critères objectifs bénéficiant d'une présomption de caractère collectif. Dans tous ces cas, l'entreprise ne sera pas amenée à justifier le caractère collectif du régime. Pour les cases oranges, une présomption est accordée que si l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts à titre obligatoire. Ici, tous les salariés doivent être couverts au titre du même risque mais ils peuvent l'être par le biais de garanties différentes selon leur catégorie d'appartenance. Dans les cas où les critères objectifs ne bénéficient pas d'une présomption de validité (cases rouges), l'employeur devra justifier que la ou les catégories établies permettent de couvrir tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des garanties mises en place.

A noter qu'une combinaison des critères est possible. Par exemple, Il est possible de combiner les critères 1 et 2, c'est à dire de mettre en place un régime de prévoyance pour les cadres au sens de la CCN de 1947 ayant une rémunération égale ou supérieure à trois plafonds de la Sécurité Sociale.

Seule l'utilisation de ces 5 critères est autorisée. Par souci de simplification, nous n'avons pas traité le cas des mandataires sociaux. La définition d'une catégorie ne peut être définie en fonction du temps de travail, de la nature du contrat (CDD, CDI...), de l'âge ou de l'ancienneté du salarié. Si la catégorie est jugée restrictive, ou si elle limite le bénéfice des garanties aux rangs hiérarchiques les plus élevés de l'entreprise, ou encore si elle conduit à une discrimination injustifiée, un risque de requalification sur trois ans existe.

Néanmoins, il est important de noter qu'il est possible de limiter l'accès à ce type de contrat aux salariés ayant une ancienneté de plus 12 mois pour les garanties retraite, incapacité, invalidité et de 6 mois pour les frais de santé ou la dépendance.

La mise en application de ces décrets a eu pour conséquence une modification des actes de mise en place de ces régimes. Pour la plupart des TPE/PME, ces régimes ont été institués par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE). Celle-ci comportait pour une grande partie d'entre elles un collège faisant référence à la notion de cadres dirigeants. Ce collège n'étant plus éligible au

dispositif d'exonération sociale, elles ont du effectuer une modification de leur DUE en instaurant le critère n°1 afin que leurs contrats ne soient pas requalifiés.

A travers ces multiples modifications, il est aisé de se rendre compte que l'objectif du gouvernement est de limiter l'utilisation des critères objectifs. Le risque de requalification étant important, ces critères sont de moins en moins utilisés par les entreprises, il est probable d'assister au retrait de l'utilisation des critères objectifs dans les années futures.

– *Le respect du caractère obligatoire :*

La seconde condition à respecter est le critère obligatoire. Les salariés doivent adhérer au régime à titre obligatoire. Par exception, l'employeur peut prévoir des cas de dispenses limitativement énumérés par les décrets relatifs au caractère obligatoire et collectifs des garanties de protection sociale complémentaire du 09/01/2012 et du 8/07/2014.

On peut regrouper ces cas de dispense en fonction de trois situations : les cas de dispense lorsque le salarié est présent dans l'entreprise avant le mise en place du régime, les cas de dispense autorisés qu'elle que soit la date d'embauche ou la date de mise en place du régime, et les cas de dispense applicables aux ayants droit.

Attention, pour pouvoir bénéficier d'une dispense, le cas évoqué par le salarié doit impérativement figurer dans l'acte de mise en place du contrat collectif (DUE, accord collectif, ou référendum). Le salarié ne pourra mentionner un cas de dispense ne figurant pas dans l'acte juridique.

Par ailleurs, la demande de dispense d'adhésion doit obligatoirement émaner du salarié. L'employeur doit être en mesure de justifier cette demande à l'URSSAF. Le décret du 8/07/2014 vient instaurer une nouvelle obligation pour l'employeur. Ce dernier doit prouver qu'il a averti le salarié des conséquences d'une dispense d'adhésion. La demande écrite du salarié doit notamment comporter la mention selon laquelle « le salarié a été préalablement informé par les employeurs des conséquences de son choix ». A défaut d'existence de cette mention, le caractère obligatoire du régime pourra être remis en cause.

Cas de dispense lorsque le salarié est présent dans l'entreprise lors de la mise ne place du régime :

Les salariés présents dans l'entreprise lors de la mise en place du régime peuvent demander une dispense d'adhésion à condition que le régime ait été mis en place par DUE. Ce cas de dispense prend source dans **l'art 11 de la Loi Evin de 1989**. (ANNEXE 10). Deux cas sont alors possibles.

Si le régime est mis en place par DUE et que le financement est intégralement pris en charge par l'employeur ou s'il s'agit d'une modification de régime qui remet en cause le financement intégral de l'employeur, la dispense doit être impérativement être mentionnée dans la DUE.

S'il s'agit d'une mise en place d'un régime sans prise en charge intégrale du dispositif par l'employeur, alors le salarié peut évoquer l'art 11 de la loi Evin et bénéficier d'une dispense d'adhésion même en l'absence de stipulation expresse dans l'acte de mise en place.

Attention, la dispense ne peut être évoquée en cas de dénonciation d'un régime suivie d'une nouvelle mise en place par DUE. Une modification d'un régime existant ne peut constituer un cas de dispense pour les salariés.

Aussi, l'art 11 de la loi Evin ne peut être évoqué au sein des accords collectifs et des référendums. Ce cas de dispense n'est valable que pour les régimes mis en place par décision unilatérale.

Cas de dispense autorisés qu'elle que soit la date d'embauche ou la date de mise en place du régime :

Il existe des cas de dispense spécifiques au régimes de prévoyance, de retraite et de frais de santé ainsi que des cas de dispense communs.

Pour les garanties de frais de santé, prévoyance et retraite, les cas de dispense applicables sont les suivants:

- Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD d'une durée au moins égale à 12 mois et bénéficiant d'une couverture individuelle. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat CDD d'une durée inférieure à 12 mois peuvent bénéficier d'une dispense d'adhésion sans condition de couverture individuelle.
- Salariés à faible rémunération (temps partiels et apprentis) s'ils devaient payer une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération

Ces deux cas de dispense ne nécessitent pas de justification particulière auprès de l'employeur.

Pour les garanties de frais de santé et prévoyance, un cas de dispense supplémentaire est prévu pour les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs mentionnés dans l'arrêté du 26/03/2012 (Annexe 11). Pour ce cas de dispense, un justificatif doit être fourni annuellement à l'employeur.

Enfin pour les garanties en frais de santé, les cas de dispense admis pour l'exonération sociale sont les suivants :

- Salariés bénéficiaires de CMU-C ou de l'ACS. Cette dispense joue jusqu'à ce que le salarié ne soit plus bénéficiaire de ces couvertures.
- Salariés couverts par une assurance individuelle de frais de soins de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche. La dispense prend fin à la cessation du contrat individuel.

Dans ces deux cas l'assuré doit adresser un justificatif annuel de couverture à l'employeur.

Cas de dispense applicables aux ayants droit :

Les ayants droit disposent d'une faculté de dispense d'adhésion. Cette dispense d'adhésion vaut pour l'ensemble des ayants droits, et non pour une partie d'entre eux.

Le régime social des cotisations employeur va dépendre du mode de régime de couverture des ayants droit.

Si les ayants droits sont couverts à titre obligatoire, alors la part patronale des cotisations ne sera pas soumise aux cotisations sociales. Au contraire, si les ayants droits sont couverts par un contrat à adhésion facultative, les cotisations patronales seront alors soumises aux charges sociales.

– ***Garanties identiques :***

Les garanties doivent être identiques pour tous les salariés ou pour tous ceux appartenant à une catégorie objective. Cependant des exceptions sont admises. C'est notamment le cas lorsque des garanties plus favorables sont accordées aux salariés ayant des conditions de travail plus difficiles.

– ***Uniformité des taux :***

Les contributions de l'employeur sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie objective. (Art 242-1-4 du CSS).

A noter que chaque salarié a la possibilité de souscrire des garanties complémentaires facultative pour lui et ses ayants droits. Les contributions de l'employeur correspondant à ces garanties ne seront pas éligibles au dispositif d'exonération sociale.

Un moratoire a été accordé aux entreprises ayant mis en place un régime collectif avant le 12/01/2012. Le décret du 9 Janvier 2012 fixait l'échéance de cette période transitoire au 31/12/2013. Cette échéance a été repoussée au 1^{er} Juillet 2014 par la circulaire du 25 Septembre

2013. Les régimes modifiés à compter du 25/09/2013 ou les régimes mis en place à compter du 12/01/2012 ne bénéficiaient pas du moratoire.

Cette période de transition étant désormais terminée, les entreprises souhaitant bénéficier de l'exonération sociale sur les cotisations patronales doivent respecter les conditions d'éligibilité présentées ci- dessus.

Le plafond de déductibilité des sommes versées pour le régime complémentaire de protection sociale

Comme nous l'avons indiqué précédemment, en cas de respect des conditions prévues dans le décret du 8 juillet 2014 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaires, les entreprises bénéficient d'une exonération de charges sociales sur la partie des cotisations financées par l'employeur.

Le montant des cotisations éligibles à l'exonération sociale est plafonné. Il est limité pour chaque salarié à 6% PASS majoré de 1.5% du salaire brut, le total ne pouvant excéder 12% du PASS. La fraction supérieure à 12% PASS sera soumise aux charges sociales.

En contrepartie de cette exonération, la contribution de l'employeur est soumise à la CSG/CRDS (8%).

De plus, pour les entreprises ayant au moins 10 salariés, un forfait social de 8% est appliqué.

La contribution du salarié ne bénéficie pas du dispositif d'exonération et reste soumise aux charges sociales.

Au niveau fiscal, les cotisations versées pour la prévoyance des salariés (cotisation employeur) restent déductibles au titre de l'impôt sur les sociétés.

Si l'on se place du côté du salarié, la totalité de la cotisation prévoyance (part salariale et patronale) est déductible de son revenu imposable. En revanche, suite à l'adoption de la Loi de Finance pour 2014, la part patronale des contrats de frais de soins de santé n'est plus déductible. Celle-ci doit être réintégrée aux revenus du salarié.

Le plafond de déduction pour ces cotisations est fixé à 5% du PASS majoré de 2% du Salaire Brut, le total ne pouvant excéder 16% de PASS.

Afin de bénéficier du régime fiscal et social présenté dans ce paragraphe, le contrat doit être qualifié de « responsable ». Le point suivant sera consacré à la définition de cette notion

b. Les contrats « responsables »

La notion de contrats responsables est apparue en 2004 suite à la réforme de l'assurance Maladie. Elle désigne le régime d'avantages fiscaux et sociaux accordés aux contrats de frais de santé respectant certaines conditions. Ces avantages ont pour but d'encourager les organismes d'assurance à commercialiser des « contrats responsables » afin d'inciter les particuliers à suivre le parcours de soins de coordonnés.

Ainsi les contrats dits « responsables et solidaire » bénéficient d'un taux de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) de 7% au lieu de 14% (payé par l'organisme assureur). Dans le cadre d'un contrat collectif, le contrat doit être responsable pour disposer de l'exonération de cotisations sociales sur la participation de l'employeur.

Les conditions initiales pour qu'un contrat puisse être considéré comme responsable étaient les suivantes :

- Interdiction de questionnaire de santé
- Couverture au minimal équivalent au panier de soins
- Interdiction de prise en charge de la participation forfaitaire et de la majoration du ticket modérateur en l'absence de respect du parcours de soins.

En raison de conditions peu contraignantes, 98% des contrats bénéficiaient de ce régime. A travers la loi de finance de la sécurité sociale pour 2014, le gouvernement a voulu réformer ces conditions d'accès afin de garantir une meilleure couverture des assurés et de maîtriser les prix pratiqués pour certains soins.

Un projet de décret est apparu le 30 juin 2014. Ce projet fera l'objet d'une saisine des caisses de sécurité sociale qui sera suivie d'une publication du décret d'application à partir de septembre.

Il définit les garanties plancher correspondant au panier de soins (voir le paragraphe suivant), ainsi que des garanties plafonnées dans le but de limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins et de limiter les prix dans le domaine de l'optique.

Afin d'encourager les assurés à avoir recours aux médecins signataires d'un contrat d'accès aux soins, les contrats instaurent un remboursement différencié :

- La prise en charge des dépassements d'honoraires versés à un médecin signataire de l'ACS ne sera pas plafonnée. (ces médecins se sont engagés à maîtriser leur pratiques tarifaires au maximum à 100% de la BRSS)
- Pour les médecins non signataires de l'ACS, la prise en charge des dépassements d'honoraires est plafonnée à 125% de la BRSS pour 2015/2016 et 100% au delà

Les contrats peuvent inclure des garanties inférieures à ces plafonds mais dans tous les cas la prise en charge des dépassements d'honoraires doit plus importante pour les médecins signataires de l'ACS que pour les médecins non signataires.

Une autre nouveauté provient de l'instauration de garanties plafonnées pour les frais d'optique. Constatant que plus les garanties en termes de remboursement sont élevées, plus les prix pratiqués augmentent, une limitation des garanties devrait conduire à une baisse des prix. Le projet de décret instaure les plafonds suivants:

- 470€ pour une paire de lunettes à verre simples
- 750€ pour une paire à verre complexes et 850€ pour des verres très complexes
- Prise en charge des montures jusqu'à 150€

Ce projet n'a pas encore été publié. Des modifications sont susceptibles d'intervenir dans les prochaines semaines. La date d'application de ces nouvelles mesures est prévue au 1^{er} avril 2015 pour les contrats individuels et les contrats collectifs émis après août 2014 et au 31 décembre 2017 pour les contrats collectifs émis avant 2014.

c. L'ANI du 11/01/2013 : de la généralisation de la complémentaire santé à l'imposition des cotisations patronales

La Loi de Sécurisation de l'emploi votée le 14 juin 2013, retranscrit les mesures inscrites dans l'Accord National Interprofessionnel du 11/01/2013. Cette accord à pour effet d'accroître les droits individuels et collectifs des salariés notamment au niveau de leur protection sociale. Nous développerons dans ce point les trois grandes mesures concernant la protection sociale collective des salariés à savoir :

- La généralisation de la couverture santé prévue au 1^{er} janvier 2016
- L'amélioration des droits à la portabilité des garanties santé et prévoyance
- L'instauration de clause de recommandation au sein des accords collectifs

– La Généralisation de la couverture santé

La loi de Sécurisation de l'Emploi (LSE) généralise la couverture complémentaire santé à tous les salariés à compter du 1^{er} janvier 2016. L'objectif poursuivi est de permettre à tous les salariés

d'accéder à une couverture maladie complémentaire. La généralisation de la couverture santé représente une opportunité de marché puisque près de 500 000 TPE/PME devront mettre en place un régime collectif ce qui représenterait près de 9 millions d'assurés.

Comme nous l'avons indiqué au sein des paragraphes précédents, la mise en place d'une couverture complémentaire dépend de la décision des partenaires sociaux d'instaurer un régime de prévoyance au sein des accords collectif, ou émane de l'entreprise qui a la possibilité d'instituer un régime de prévoyance par le biais d'une Décision Unilatérale (ou accord d'entreprise ou référendum).

Tous les salariés n'étant pas couverts par une complémentaire santé collective, la LSE instaure l'obligation de proposer à l'ensemble des salariés un contrat de frais de soins de santé complémentaire avec un niveau minimal de garanties, appelé panier de soins. Ce niveau est fixé par l'art L.911-7 du CSS. Celui-ci prévoit que certaines garanties seront fixées par décret. Aujourd'hui, le décret définitif n'a toujours pas été publié, seul un projet de décret est sorti. Il précise que le panier de soin devra comporter :

- Une prise en charge du Ticket Modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire
- Un forfait journalier hospitalier sans limite de durée
- 125% de base de remboursement de la SS pour les soins et prothèses dentaires
- Un forfait optique au minimum de 100€ tous les 2 ans pour les verres simples et 200€ pour les verres complexes.(par an pour les mineurs)

Le décret précise également les modalités de prise en charge par l'employeur. Ce dernier devra financer au moins 50% de la cotisation totale.

Le calendrier de mise en conformité était le suivant :

- Sur la période de mai 2013 au 1^{er} juillet 2014, les partenaires sociaux ont engagé des négociations de branches afin de définir les caractéristiques des régimes à mettre en place au sein des entreprises du secteur concerné.
 - A défaut d'accord au 1^{er} juillet 2014, ou pour les entreprises non soumises aux accords collectifs, les employeurs doivent mettre en place soit par accord d'entreprise soit par décision unilatérale une couverture santé minimale sur la base du panier de soins au plus tard au 1^{er} janvier 2016
- *L'amélioration des droits à la portabilité des garanties santé et prévoyance*

Le dispositif de portabilité des droits a été instauré par l'art 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 et retranscrit par l'art L911-8 dans le CSS. Ce dispositif permet au salarié sortant de l'entreprise, de bénéficier d'un maintien de ses garanties de prévoyance et de frais médicaux sur une période déterminée. Ce maintien des garanties est octroyé en cas de respect de certaines conditions :

- Le salarié sortant de l'entreprise doit avoir fait l'objet d'une rupture de contrat de travail pour un motif autre que la faute lourde
- Cette cessation de contrat de travail doit ouvrir droit à une prise en charge par l'assurance chômage
- Une ancienneté dans l'entreprise de 1 an est exigée
- Le salarié doit avoir adhéré au contrat de prévoyance ou de frais de santé mis en place dans l'entreprise

La loi de sécurisation de l'emploi vient étendre les garanties des salariés. La durée maximale de maintien des garanties sur 9 mois a été étendue à 12 mois. En ce qui concerne le financement des garanties, l'entreprise avait le choix d'opter soit pour un financement conjoint entre l'employeur et le salarié sur la période de maintien, soit d'un financement par mutualisation. La LSE rend obligatoire le maintien des garanties à titre gratuit c'est-à-dire financé par le système de mutualisation en date du 1^{er} juillet 2014. Les entreprises bénéficiant auparavant d'un régime de portabilité cofinancé par l'employeur et le salarié ont subi des hausses tarifaires fin 2013 afin de prendre en compte ce nouveau mode de financement. Enfin, la LSE rend obligatoire le système de portabilité. Cette obligation est portée en date du 1^{er} juillet 2014 pour les frais de soins de santé et en date du 01/06/2015 pour les contrats collectifs de prévoyance.

– *Des clauses de désignation aux clauses de recommandations :*

Les entreprises soumises à un accord de branche ou à une CCN incluant des garanties de prévoyance ou de frais de soins de santé ont l'obligation de proposer à leurs salariés un contrat comportant au moins des garanties équivalentes à celles conclues dans l'accord collectif. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les représentations syndicales signataires de l'accord collectif ont la possibilité de nommer un organisme assureur qui sera chargé de commercialiser un contrat comportant les garanties mentionnées dans l'accord.

Depuis la loi du 8 août 1994, les entreprises soumises à une CCN ou à un accord de branche prévoyant des régimes complémentaires de protection sociale, avaient l'obligation d'avoir recours au contrat proposée par l'Organisme Désigné. Ce dispositif était justifié par le principe de «mutualisation des risques ». En contrepartie de l'exclusivité, les organismes désignés étaient obligés

de couvrir tous les salariés du secteur concerné, sur la base d'un tarif identiques pour toutes les entreprises. Ce système avait pour but d'éviter l'application de tarifs différenciés fixés en fonction des caractéristiques propres à chacune des entreprises d'une même branche (taille du personnel, âge, état de santé...etc). A l'occasion de L'ANI du 11/01/2013, les partenaires sociaux ont voulu mettre fin à ce dispositif d'exclusivité en instaurant une liberté de choix de l'organisme assureur :

« Les partenaires sociaux de la branche laisseront aux entreprises la liberté de retenir le ou les organismes assureurs de leur choix. Toutefois, ils pourront, s'ils le souhaitent, recommander aux entreprises de s'adresser à un ou plusieurs organismes assureurs ou institutions pouvant garantir cette couverture après mise en œuvre d'une procédure transparente de mise en concurrence. » Art 1 ANI du 11/01/2013

Lors de la transposition de cet article dans la Loi de Sécurisation de l'Emploi, le gouvernement à tenté de substituer la recommandation par les clauses de « désignation ». La première version de L'article L912-1 du code de la sécurité sociale obligeait les entreprises soumise à un accord collectif, de choisir l'organisme désigné.

Les organismes assureur désignés dans les accords collectif sont surtout des Institutions de Prévoyance. Pour rappel, ces institutions sont gouvernées selon le mode « paritaire », elles sont dirigées par les partenaires sociaux, salariaux et patronaux. L'instauration de telles clauses aurait permis de conserver le monopole des institutions de prévoyance à l'intérieur desquels sont employés de nombreux syndicalistes.

Dans sa réponse du 13 Juin 2013, le Conseil Constitutionnel a validé la loi de Sécurisation de l'Emploi mais aussi censuré l'art L912-1 du CSS comportant les clauses de désignation. Dans la lignée de l'avis rendu par l'Autorité de la Concurrence, le Conseil Constitutionnel a jugé que cet article portait une « atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle disproportionnée par rapport à l'objectif recherché de mutualisation des risques ».

En novembre 2013, le gouvernement a une nouvelle fois essayé de maintenir le monopole des Institutions de Prévoyance. Le projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale, prévoyait une refonte de l'art L.912-1 du CSS. Cette fois ci, il donnait la possibilité aux partenaires sociaux d'instaurer des clauses de « recommandation » dans le but de nommer un ou plusieurs organismes de prévoyance.

La clause de recommandation est différente de la clause de désignation puisque les entreprises couvertes par un accord ont la possibilité de choisir un autre organisme assureur.

En contrepartie de ce choix, l'art L912-1 prévoyait des pénalités:

- Passage d'un taux de forfait social sur les cotisations patronales de 8% à 20% pour les entreprises de 10 salariés ou plus,
- Un taux de 8% pour les entreprises de moins de 10 salariés alors que ces dernières ne sont pas redevables du forfait social.

Dans sa réponse du 19/12/2013, le Conseil Constitutionnel a jugé conforme à la Constitution les clauses de recommandation. Cependant, les dispositions correspondant aux sanctions financières ont été censurées, l'écart de taux étant jugé démesuré.

Au final, la situation actuelle autour des contrats collectifs est la suivante :

- les entreprises qui n'ont souscrit aucun contrat ont actuellement la possibilité de choisir librement leur organisme assureur.
- les entreprises qui ont souscrit un contrat auprès de l'organisme désigné ont la faculté de résilier ce contrat au moment de l'échéance annuelle.
- Les entreprises qui ont souscrit un contrat d'assurance auprès d'un autre organisme que celui désigné n'ont pas l'obligation de le résilier.

4. Quels sont les effets prévisibles de l'application de l'ensemble de ces mesures ?

Des recettes fiscales supplémentaires pour l'Etat :

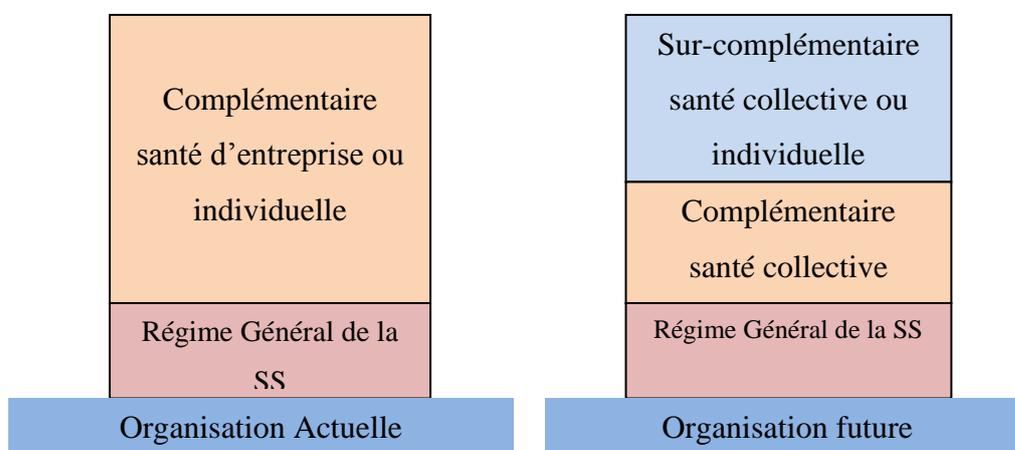
La généralisation de la couverture santé apparaît comme une avancée pour la protection sociale des salariés. Cependant, cette généralisation a été accompagnée par une modification du régime d'imposition de la part patronale des cotisations des contrats de santé. La loi de finance pour 2014 a en effet instauré une imposition des cotisations santé financées par l'employeur. Cette nouvelle imposition a eu un effet non négligeable pour 13 millions de salariés qui pour certains d'entre eux sont devenus imposables suite à la réintégration de la part patronale des cotisations. Cette réforme a été dénoncée par les représentants syndicaux qui ont le sentiment d'avoir été trahi et dénoncent la méthode pernicieuse du gouvernement. Le gouvernement est accusé d'avoir profité de la généralisation des couvertures santé collectives pour bénéficier de nouvelles ressources fiscales. Cette réforme est d'autant plus contestée qu'elle a un effet rétroactif. Alors que les bulletins de salaires avaient déjà été édités par les entreprises, l'application de cette réforme a généré une

surcharge de travail conséquente car les entreprises ont du réémettre de nouveaux bulletins comprenant la réintégration de la part patronale ce qui a généré des coûts supplémentaires. De son côté, le gouvernement justifie la réintégration de la part patronale par la notion d'égalité face à l'impôt pour tous les salariés. Les salariés bénéficiant de la possibilité de déduire les cotisations des employeurs de leur revenu imposable se trouvaient avantagés par rapport aux salariés ne disposant d'une couverture santé individuelle. Pour le gouvernement cette mesure consiste à rétablir une justice fiscale entre tous les salariés.

Dans la mesure où les cotisations de l'employeur pour un contrat de prévoyance collectif sont toujours déductibles pour le salarié, on peut se demander si la généralisation de ces contrats et la réintégration de la part prise en charge par l'employeur ne serait pas la future étape.

Restructuration de la couverture santé en France :

Les mesures exposées tout au long de cette nouvelle partie devraient conduire à une restructuration de la couverture santé. Actuellement, celle-ci est principalement composée du régime de base de la Sécurité Sociale qui est complété pour la plupart des salariés soit par un régime collectif obligatoire d'entreprise, soit par une couverture individuelle. La généralisation de la couverture santé devrait mener à une restructuration en 3 niveaux. Le régime de la sécurité sociale représenterait toujours le socle de base, mais celui serait complété à titre obligatoire par la couverture santé d'entreprise comportant des garanties proches du panier de soin. Afin de garantir un niveau de couverture suffisant, ce niveau sera complété soit par un régime de sur-complémentaire facultative offerte dans le régime d'entreprise, soit par la souscription à titre individuelle d'une sur complémentaire santé. Le schéma ci-dessous représente l'évolution de l'organisation de la protection des salariés :



III. La commercialisation des contrats collectifs

Dans cette troisième partie nous tacherons d'aborder le sujet de la prévoyance collective d'une façon plus concrète. Nous vous présenterons quelques pistes pour comparer des contrats de prévoyance ou de frais de santé. Puis nous vous présenterons des exemples de tarification. Avant cela, une présentation du Cabinet dans lequel j'ai effectué ma mission, vous sera proposée.

1. La prévoyance collective pour les CGP et au sein du cabinet MGF Patrimoine

Le marché de la prévoyance collective est principalement constitué par les réseaux de courtiers spécialisés. Peu de Conseillers en Gestion de Patrimoine proposent leurs services dans ce domaine en raison de l'actualité réglementaire très importante. Récemment, les CGP étaient peu enclin à se positionner sur ce marché en raison de la tentative d'instauration de clauses de désignation qui aurait eu pour effet de détruire le courtage en assurance collective. Cependant, avec l'instauration des clauses de recommandations et la généralisation des contrats collectifs de frais de santé, certains d'entre eux se tournent vers ce marché. En cette période d'incertitude autour du maintien des rétrocessions de commissions sur les activités de CIF pour les CGP se disant indépendants (Mifid2), certains d'entre eux pourraient profiter de l'ouverture du marché de la prévoyance collective pour bénéficier d'une nouvelle source de revenus. Au niveau des contrats collectifs, les CGP sont principalement présents dans le domaine de la retraite en raison de la nécessité d'avoir recours à un conseil financier pour le suivi et la mise en place de l'épargne retraite. Le marché de la prévoyance collective est en grande majorité détenu par les courtiers spécialisés. Pour les CGP de petites structures, les activités de prévoyance collective viennent par extension des contrats de retraite. Les plus grandes structures ont segmenté leur offre en spécialisant du personnel dans le domaine de la prévoyance collective.

Depuis sa création, le cabinet MGF PATRIMOINE a voulu apporter ses services aux chefs d'entreprises désireux de mettre en place un régime de retraite par capitalisation et l'épargne salariale. Martine FERRIER, gérante du cabinet, a souhaité mettre à disposition de ses clients son expérience et sa connaissance du marché des entreprises afin de proposer une gamme de contrats collectifs en matière de retraite, et par extension à la demande des clients de prévoyance ou de santé.

Ainsi, le cabinet offre son expertise aux TPE/PME pour la mise en place des contrats collectifs comme l'épargne salariale, les régimes de retraite supplémentaires, l'étude du statut du dirigeant et les régimes prévoyance complémentaire. L'évolution réglementaire autour des contrats collectifs étant soutenue, le cabinet travaille en collaboration avec des courtiers spécialisés maîtrisant tous les aspects de la réglementation évoqué au cours de la section 2. Il apporte aussi une assistance particulière pour le chef d'entreprise qui peut bénéficier de conseils sur sa rémunération, sur sa stratégie de retraite, ou sur la préparation de la cession de l'entreprise.

S'il accorde une attention particulière à la problématique du chef d'entreprise, le cabinet apporte avant tout ses services aux particuliers dans de nombreux domaines : conseil en investissements financier ou immobilier, prévoyance, préparation du départ en retraite, optimisation fiscale, optimisation de la transmission, veille légale et réglementaire...etc.

Les problématiques patrimoniales étant différentes dans le temps, le cabinet attache une importance particulière au suivi global de ses clients qui s'ils le souhaitent peuvent bénéficier d'une mission de suivi global de leur patrimoine.

Le cabinet apporte ses conseils sur de nombreuses problématiques. C'est dans le cadre de l'exercice de ces activités que les informations présentes dans ce mémoire ont été tirées. Les points abordés dans les paragraphes suivant résultent des travaux effectués et de l'expérience acquise tout au long de la période de stage au sein du Cabinet MGF PATRIMOINE.

2. La commercialisation des contrats collectifs

A travers cette sous section, nous vous présenterons quelques arguments pour de vendre un contrat collectif ainsi que les étapes à respecter lors de la mise en place d'un contrat collectif.

a. Quels arguments présenter au chef d'entreprise ?

Le chef d'entreprise est une clientèle particulière qui a souvent très peu de temps à vous accorder. Pour capter toute son attention, il convient d'expliquer de manière concise et précise les avantages procurés aux salariés et à l'entreprise suite à l'instauration d'un régime complémentaire de prévoyance. Des exemples chiffrés lui permettront de saisir au mieux ces avantages.

Pourquoi avoir recours à régime complémentaire ?

Argument 1 : la faiblesse des prestations du régime général de la SS

Le premier argument que l'on peut avancer est la nécessité de recourir à une complémentaire en raison de la faiblesse des prestations versées par le régime général de la sécurité sociale.

Ce régime verse des prestations bien inférieures à la rémunération des salariés. Pour les sinistres en vie privée, les indemnités journalières versées suite à une incapacité temporaire de travail sont calculées sur une base maximale de 1.8 SMIC et un coefficient de 50% est appliqué sur ce seuil. L'indemnité mensuelle sera plafonnée à 1300€ ce qui représente une faible prise en charge pour certains salariés cadres qui verront leurs revenus diminuer au moins de moitié alors que leur charges resteront constantes. Le risque d'invalidité est lui aussi mal assuré par la Sécurité Sociale, la pension maximale d'invalidité de catégorie 2 est fixée à 1564€/mois. Par ailleurs instaurer un régime de frais de soins de santé permettra des dépenses peu remboursées comme les frais engagés dans l'optique où seul 60% d'une base de remboursement de 2.84€ est remboursé pour la monture et une base de remboursement maximale de 24.54€ par verre.

Argument 2 : anticiper la généralisation de la complémentaire santé prévue au 01/01/2016

En cas de commercialisation d'un contrat de frais de soins de santé, il est indispensable de rappeler que le chef d'entreprise est tenu de proposer un contrat collectif à l'ensemble des salariés au 1^{er} janvier 2016. Le deuxième argument serait de rappeler que la souscription d'un tel contrat est inéluctable et qu'anticiper la mise en place d'un régime complémentaire obligatoire pourrait permettre de mettre en place en toute sérénité un régime adapté aux besoins de l'entreprise et de ses salariés. Instaurer un régime dès cette année permettrait d'éviter une mise en place précipitée en fin 2015 et dont le délai de traitement sera surement plus long à cause de l'afflux massive de demande de souscriptions auprès des organismes d'assurance.

Quels avantages pour le salarié ?

Argument 1 : la mutualisation

Grâce à cette mutualisation les garanties offertes par un contrat collectif sont plus avantageuses. Le coût de la cotisation est généralement inférieur à un contrat individuel. Par ailleurs les formalités médicales sont moindres puisque dans le cas de la mise en place d'un contrat responsable, l'organisme assureur s'engage à accepter l'ensemble des salariés de l'entreprise ou de la catégorie concernée.

Avantage 2 : la prise en charge d'une partie des cotisations par l'employeur

L'employeur peut participer au financement des cotisations. L'employeur a même l'obligation de participer au moins à hauteur de 50% pour un contrat responsable. Le coût la couverture complémentaire pour un salarié est donc plus faible qu'un contrat individuel.

Argument 3 : Le régime fiscal des cotisations.

Rappeler que chaque salarié a la possibilité de déduire de son revenu imposable les cotisations versées pour une complémentaire collective de santé est non négligeable puisque les cotisations liées à un contrat individuel ne sont pas déductibles. Par ailleurs, il convient d'insister sur le dispositif fiscal des régimes collectifs de prévoyance car les cotisations de l'employeur s'ajoutent au dispositif de déductibilité.

Quels avantages pour l'entreprise ?

Pour l'entreprise les avantages liés à l'instauration d'un régime collectif complémentaire revêtent plusieurs caractères, si le caractère financier occupe une place importante pour le chef d'entreprise, il est important de rappeler les avantages en termes d'image d'entreprise ou de fidélisation des salariés.

Argument 1 : l'exonération de charges sociales sur la part de la cotisation financée par l'employeur

L'avantage le plus attractif pour le chef d'entreprise est celui de l'exonération de charges sociales sur la cotisation financée par l'employeur. Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente, cette exonération est conditionnée par le respect du critère collectif et obligatoire du régime ainsi que sur le caractère responsable du contrat. Cet avantage est à mettre en avant surtout pour les TPE et PME qui ont souvent un budget limité consacré aux régimes complémentaires. Les TPE et PME sont incités à mettre en place un régime collectif pour leurs salariés puisque les entreprises de moins de 10 salariés ne sont pas soumises au forfait social de 8%.

Argument 2 : la déductibilité fiscale des cotisations employeurs

Le second avantage pour les entreprises est d'ordre fiscal. Les cotisations financées par l'employeur sont déductibles à condition de respecter certains plafonds.

Argument 3 : adapter le régime complémentaire à une ou plusieurs catégories de salariés

Les contrats collectifs obligatoires ne sont pas soumis à la notion de **droit d'égalité de traitement** ce qui permet au chef d'entreprise de faire bénéficier pour certaines catégories de salariés de garanties différentes. Dans le cas des régimes de frais de soins de santé, il est mentionné que l'ensemble des salariés doivent bénéficier d'une couverture complémentaire collective. L'employeur peut donc mettre en place un régime applicable pour les cadres, puis un second régime pour les non-cadres afin que l'ensemble des salariés soit couverts. Les contrats de prévoyance sont encore plus avantageux puisque le chef d'entreprise peut mettre en place un régime collectif que pour une catégorie de personnel. Il a donc une liberté de choix et la possibilité de moduler les garanties offertes aux salariés en fonction de leurs catégories de personnels.

Argument 4 : un mode de mise en place souple

L'employeur a la possibilité de mettre en place un régime complémentaire par décision unilatérale de l'entreprise. Ce mode de mise en place est souple car il possède la liberté de choisir le collègue assuré (voir tableau page 35), le niveau de garanties, la part des cotisations payées par la société et par le salarié, et les cas de dispense d'adhésion parmi ceux prévus par décret. Une modification ou une dénonciation de la DUE peut être effectuée sous respect de certaines formalités.

Argument 5 : une fidélisation des salariés et un renforcement de l'image de l'entreprise

Les individus attachent une importance particulière aux avantages accordés dans les entreprises. Parmi eux, la mise en place de l'épargne salariale, d'un régime complémentaire de retraite ou d'un régime de prévoyance complémentaire sont des critères décisifs dans le choix de postuler ou non dans une entreprise. Dans le même sens, un salarié bénéficiant de régimes complémentaires sera moins enclin à changer d'entreprise en cas d'offre équivalente. Ces régimes permettent donc de fidéliser les salariés ce qui est un atout indéniable pour les PME qui sont les plus exposées aux risques de fluctuations de leurs personnel et notamment aux risques de départ de leurs salariés cadres.

Par ailleurs, la mise en place par référendum ou accord d'entreprise d'un régime complémentaire permet un dialogue avec l'ensemble du personnel au moment de l'institution et au moment de sa révision ou de sa modification. Les négociations avec les représentants du personnel permettent aux dirigeants de relever les besoins des salariés. Ces derniers se sentent valorisés si leurs préoccupations sont entendues ce qui aura une répercussion sur la qualité de leur travail. Une

meilleure implication et une meilleure image seront les deux principales sources de satisfaction pour l'entreprise.

Une fois ces avantages évoqués et si le chef d'entreprise adhère à votre discours, il convient de recueillir les besoins de l'entreprise et des salariés afin de proposer le contrat le plus adapté ». Le choix d'un contrat fait suite à une série d'étape clés qui seront mentionnées dans les paragraphes suivant.

b. Les étapes clés à respecter

Nous pouvons citer quatre étapes dans la mise en place d'un contrat collectif.

La première étape consiste à vérifier si l'entreprise est soumise à un accord de branches ou à une CCN instaurant des garanties de prévoyance ou de frais de santé, le cas échéant il faudra vérifier les garanties inscrites dans l'accord collectif. Cette étape est indispensable puisque chaque entreprise soumise à un accord collectif est tenu de mettre en place un contrat comportant au moins les mêmes garanties. En général les partenaires sociaux ont nommé un organisme chargé de commercialiser le contrat équivalent aux garanties inscrites dans l'accord. Aujourd'hui, le dirigeant a le choix d'opter pour le contrat commercialisé par l'organisme recommandé ou de souscrire le contrat d'un autre organisme. Suite à l'abandon des clauses de désignation, la plupart des compagnies d'assurances ont engagé un processus de renouvellement de leur offre afin de créer des contrats adaptés aux accords collectifs afin de contrecarrer le quasi monopole des Institution de prévoyance. Le courtier a aujourd'hui plus de marges d'action puisqu'il peut se positionner sur des contrats équivalents aux accords collectifs, ou sur des contrats d'une gamme supérieure.

Une seconde étape consiste à définir le mode de mise en place le plus approprié pour l'entreprise : la décision unilatérale, le référendum ou l'accord d'entreprise. Les deux derniers modes nécessitent une négociation avec les représentants du personnel ou l'organisation d'un vote pour l'ensemble des salariés. Ils ont donc un formalisme plus lourd et plus long. Les petites et moyennes entreprises privilégieront la décision unilatérale en raison de moindres formalités tandis que les entreprises plus grandes auront tendance à privilégier les deux derniers modes afin de préserver une certaine paix sociale.

La troisième étape correspond à la définition des caractéristiques du contrat. En cas de mise en place par référendum ou par accord d'entreprise, les garanties du contrat seront négociées par les représentants salariaux et patronaux. En cas de mise en place par DUE, le chef d'entreprise module les caractéristiques du contrat en terme de catégorie concernée, de garanties, la quote-part de taux de cotisation pris en charge, de cas de dispense ou de type de cotisations, rappel de la portabilité et des modalités de dénonciation et de modification, dans le respect de la réglementation en vigueur. Cette étape vise à recueillir toutes les informations nécessaires afin de pouvoir établir un projet de comparaison et de tarification qui soit le plus proche des besoins de l'entreprise. Les informations sur les salariés sont importantes. Il est primordial d'obtenir une liste du personnel dans lequel il est précisé leur situation familiale, le nombre d'enfant à charge, l'appartenance au catégorie cadre ou non cadre, leur rémunération.

Une fois ces étapes effectuées, le courtier dispose de la totalité des informations nécessaires afin de pouvoir choisir parmi ses partenaires les contrats les plus adaptés à l'entreprise et effectuer des projets de tarification. Nous vous présenterons quelques pistes pour choisir un contrat de prévoyance ou un contrat de frais de soins de santé et un exemple de tarification dans les paragraphes suivants.

3. Comment comparer des contrats collectifs ?

Afin de choisir un contrat parmi l'offre de ses partenaires, le Courtier doit effectuer un travail de lecture attentive des Conditions Générales de chaque contrat. Nous vous présenterons les points essentiels à aborder lorsque l'on souhaite comparer des contrats de prévoyance ou de frais de santé.

Comment comparer des contrats de Prévoyance ?

Les contrats de prévoyances offrent le même type de prestations entre les différentes compagnies: un capital décès, une rente d'invalidité, une rente de conjoint, des rentes éducation, des indemnités journalières. La différence entre ces contrats provient du mode de calcul de ses prestations.

Quels sont les facteurs déterminants dans le choix d'un contrat ?

Point 1 : Le contrat est-il indemnitaire ou forfaitaire ?

Le premier point à regarder porte sur la nature du contrat. Ce premier point est surtout applicable pour les TNS exerçant à titre individuel qui ont une rémunération plus fluctuante par rapport aux salariés.

Le contrat indemnitaire vise à compenser la perte de revenus lié à un sinistre. Les cotisations sont calculées en fonction de la rémunération de l'assuré. Les prestations servies auront pour but de maintenir la rémunération de l'assurée. Les prestations seront donc calculées en fonction de la dernière rémunération (contrat indemnitaire) ou en fonction d'une moyenne des trois dernières années (contrat indemnitaire pondéré). De plus le contrat soustrait systématiquement les indemnités versées par le régime obligatoire. L'organisme assureur viendra compléter les prestations du régime obligatoire. Ce type de contrat peut être risqué pour les TNS car leurs revenus sont plus variables. En cas de baisse de leur activité sur une année, leur base de garantie sera elle aussi diminuée car les prestations sont calculées sur les derniers revenus.

Le deuxième type de contrat est le contrat forfaitaire. Les assurés cotisent pour un niveau de garantie fixe qui ne dépendra pas de leur niveau de rémunération. Par ailleurs, les garanties du régime obligatoire ne seront pas déduites sur les prestations.

Dans le cas des régimes collectifs complémentaires, les contrats sont général indemnitaires. Ce premier point est surtout essentiel pour les contrats de prévoyance destinés au TNS.

Point 2 : La définition de l'incapacité

Il convient ici de relever la définition de l'incapacité retenue dans les CG du contrat. Deux définitions différentes existent : soit elle correspond à une impossibilité d'exercer « sa profession », soit à une impossibilité d'exercer « une quelconque profession ». En cas d'incapacité à exercer sa profession, l'assuré sera déclaré inapte s'il n'est pas en mesure d'exercer sa profession habituelle. Quand on parle d'incapacité à exercer une quelconque profession, la question est de savoir si l'assuré pourrait exercer soit sa profession soit une autre profession rémunérée. Cette dernière est donc plus restrictive puisqu'un assuré peut être déclaré inapte à exercer sa profession et apte à exercer une quelconque profession. Dans ce cas, il ne sera pas indemnisé. Il est donc préconiser de choisir des contrats ayant la première définition.

Point 3 : Cas des mi-temps thérapeutiques

Certains contrats couvrent uniquement l'arrêt total de travail. Il convient de vérifier si le contrat offre des garanties en cas de mi-temps thérapeutique.

Point 4 : définition de l'invalidité

On distingue deux types d'invalidité. L'invalidité professionnelle mesure l'impact de la maladie ou de l'accident sur la capacité à exercer une quelconque ou la profession de l'assuré. L'invalidité fonctionnelle mesure l'impact de la maladie sur les actes de la vie courante. Elle peut être mesurée par le barème de droit commun publié par le « Concours Médical » ou par le barème propre à la compagnie. Le taux d'invalidité est donc plus élevé en cas d'invalidité professionnelle qu'en cas d'invalidité fonctionnelle. Il existe des contrats prenant en compte uniquement l'invalidité professionnelle, et d'autres contrats prenant en compte l'invalidité professionnelle ainsi que l'invalidité fonctionnelle. Il se pose alors la question du choix des contrats.

L'invalidité professionnelle est en général plus avantageuse que l'invalidité fonctionnelle. Il faudra privilégier les contrats prenant en compte uniquement l'invalidité professionnelle.

Cependant, certains contrats prennent en compte ces deux types d'invalidité. Le taux d'invalidité est alors calculé en fonction d'un tableau croisé ou en fonction d'une moyenne arithmétique entre le taux d'invalidité fonctionnelle et le taux d'invalidité professionnelle. Le tableau croisé ci-dessous est celui de droit commun :

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10,0 %	15,9 %	20,8 %	25,2 %	29,2 %	33,0 %	36,6 %	40,0 %	43,3 %	46,4 %
20 %	12,6 %	20,0 %	26,2 %	31,7 %	36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %	14,4 %	22,9 %	30,0 %	36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %
40 %	15,9 %	25,2 %	33,0 %	40,0 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %	17,1 %	27,1 %	35,6 %	43,1 %	50,0 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74,0 %	79,4 %
60 %	18,2 %	28,8 %	37,8 %	45,8 %	53,1 %	60,0 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %	19,1 %	30,4 %	39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70,0 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %	20,0 %	31,7 %	41,6 %	50,4 %	58,5 %	66,0 %	73,2 %	80,0 %	86,5 %	92,8 %
90 %	20,8 %	33,0 %	43,3 %	52,4 %	60,8 %	68,7 %	76,1 %	83,2 %	90,0 %	96,5 %
100 %	21,5 %	34,2 %	44,8 %	54,3 %	63,0 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100,0 %

Prenons un exemple, la perte d'un pouce peut procurer une invalidité professionnelle de 100% et une invalidité fonctionnelle de 10%. Dans le cas d'un contrat prenant en compte uniquement l'invalidité professionnelle, l'assuré aura un taux d'invalidité supérieur à 66% et bénéficiera de la totalité de la rente d'invalidité. Dans le cas d'un contrat à invalidité professionnelle et fonctionnelle, deux cas sont possibles. En cas de moyenne arithmétique, le taux d'invalidité sera de 55%, il bénéficiera d'une pension d'invalidité. En cas de barème croisé, le taux d'invalidité sera de 21.5%. Ce taux étant en dessous de 33%, l'assuré ne bénéficiera pas de rente d'invalidité.

Le mode de calcul du taux d'invalidité est très important puisque selon les contrats, l'assuré peut toucher une rente totale, partielle ou ne pas être indemnisé.

Point 5 : le calcul des rentes d'invalidité partielle

En cas d'invalidité comprise en 33% et 66%, il convient de regarder le mode de calcul des prestations.

Trois modes de calculs sont recensés. Nous illustrerons les conséquences de l'emploi de chacun pour un taux d'invalidité de 40% (N) et une base de garantie annuelle (G) de 40 000€.

- Calcul n°1 : $(3N/2) * G = ((3*40\%)/2)*40000 = 24\ 000\text{€}$. Selon ce premier mode de calcul, la rente annuelle servie par la compagnie d'assurance s'élèverait à 24000€
- Calcul n°2 : $(N/66)*G = (40/66)*40000 = 24\ 242\text{€}$ de rente annuelle
- Calcul n°3 : $((N-33)/33)*G = ((40-33)/33)*40000 = 8484\text{€}$ de rente annuelle

Si les modes de calcul 1 et 2 sont quasiment équivalents, le mode de calcul n°3 est fortement déconseillé.

Point 6 : les exclusions médicales

Les contrats de prévoyance excluent certains risques. Il convient de comparer ces exclusions pour savoir si un contrat est plus restrictif par rapport à un autre.

Point 7 : le nombre d'affiliés

Les contrats font en général une distinction entre les effectifs de moins et de plus de 5 salariés. Un tarif de groupe plus avantageux est pratiqué pour les effectifs de plus de 5 salariés et ces derniers ne sont pas systématiquement soumis à un questionnaire médical.

Comment comparer des contrats de frais de santé?

La comparaison des contrats de frais de santé est rendue difficile à cause des différents types de remboursements possibles ainsi que de la multitude de soins pris en charge.

On observe que la base servant au calcul du remboursement est différente entre certaines compagnies pour un soin identique. Il est ainsi possible de trouver six modes de remboursements différents :

- Le remboursement sur frais réel : l'assuré est remboursé en totalité sauf pour le montant de la participation forfaitaire. Il peut être également remboursé en partie (ex 70% FR). Le remboursement en frais réel est en général plafonné en fonction du PASS, du PMSS ou de la BRSS.

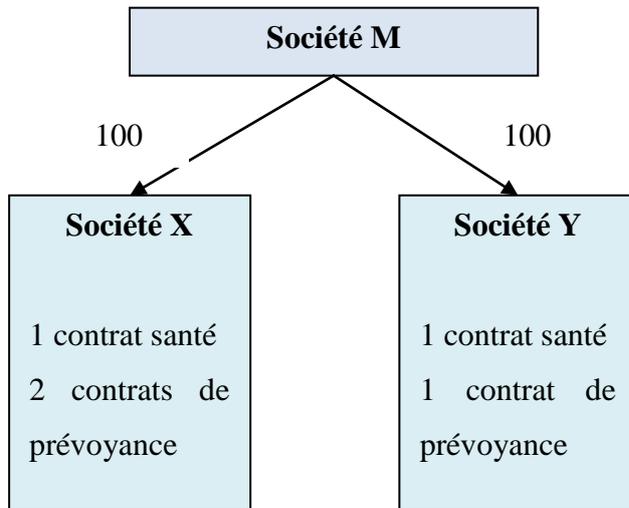
- Le remboursement sur la Base de remboursement de la Sécurité Sociale : les complémentaires fixent un pourcentage de la BRSS par exemple de 100%, 150%, 200. Il est nécessaire de vérifier le niveau de remboursement de la SS afin de juger du niveau de remboursement offerte par l'organisme assureur. Un tel mode de remboursement nécessitera une attention particulière pour les soins faiblement remboursés par la SS comme pour l'optique.
- Le remboursement en pourcentage de Remboursement de la Sécurité Sociale : un pourcentage sera appliqué sur le montant remboursé par la SS. Par exemple, pour la consultation chez un généraliste, le montant remboursé est de 15.10€. une garantie de 200% du MRSS correspondra à un remboursement de la complémentaire santé à hauteur 30.20€.
- Le remboursement au ticket modérateur
- Le remboursement au forfait : un montant plafonné est fixé par acte et pour une période donnée.
- Le remboursement en pourcentage du PMSS : un pourcentage est appliqué sur le plafond mensuel de la Sécurité Sociale (3129€ en 2014).

Attention, pour l'ensemble de ces prestations il est primordial de vérifier si les taux indiqués viennent en complément ou en déduction de la Sécurité Sociale.

Il convient de définir les soins prioritaires qui bénéficieront d'un bon niveau de remboursement. Les principales attentes en matière de remboursement pour les assurés sont portées sur actes d'hospitalisation ou chirurgicaux, les soins dentaires et l'optique. Aussi, les salariés apprécient que leur contrat dispose de garanties pour certains soins de confort comme l'ostéopathie ou les cures thermales.

4. Exemple de changement d'un contrat collectif de prévoyance

Dans cette partie nous vous présenterons une prestation réalisée dans le cadre de mon stage.



La société X et la Société Y sont deux filiales d'une société mère M soumise à la CCN de la promotion immobilière. Les sociétés X et Y possèdent un contrat de frais de santé unique. Au niveau de la prévoyance, la société Y possède un contrat daté de 1991. La société X a mis en place deux contrats de prévoyance (1 régime cadre et 1 régime non cadres).

Le contrat de prévoyance de société Y n'étant plus conforme à la CCN est vigueur. De plus aucune DUE n'a été effectuée pour la mise en place de ce régime. Le Dirigeant du groupe souhaite régulariser cette situation en mettant en place un nouveau contrat de prévoyance de groupe pour l'ensemble du personnel.

Les objectifs recherchés sont une mise en conformité avec la CCN, de baisser les cotisations actuelles et d'améliorer les garanties par rapports aux contrats existants.

Le tableau ci-dessous indique les caractéristiques sur le personnel :

Société	NOM	Date de naissance	Cadre/Non-cadre	Situation familiale	Nombre d'enfant
X	Martin	24/02/1985	C	Célibataire	0
	Audrey	26/05/1977	NC	Mariée	2
	Bruno	20/09/1963	NC	Marié	0
	Nathalie	18/12/1968	NC	Divorcée	2
	Sophie	02/06/1961	C	Divorcée	3
Y	Isabelle	01/10/1974	NC	Marié	2
	Gabriel	15/10/1974	C	Marié	3
	Danièle	11/12/1950	NC	Mariée	0
	Marielle	07/04/1965	NC	Divorcée	1
	Stéphane	13/10/1974	NC	Célibataire	0
	Julien	21/05/1986	C	Célibataire	0
	Catherine	24/12/1963	C	Divorcée	1

a. Régime conventionnel

Une première étape consiste à vérifier les régimes conventionnels de prévoyance auxquels l'entreprise est soumise.

Comparaison du Régime conventionnel de Prévoyance et du régime de prévoyance de la société Y :

	Convention collective	X:Option A	X Option B
Garanties décès			
Décès toute cause: Quelle que soit la situation de famille	250% du salaire de référence	En pourcentage du salaire de base: 225% pour célibataire veuf, divorcé, sans personne à charge + 300% pour une personne marié sans personne à charge + 380% pour une personne ayant une personne à charge	225%
Majoration par enfant à charge	50% du salaire de référence	80% et 160% en cas accident	
Décès accident	100% du capital décès toutes causes	En pourcentage du salaire de base: 450% pour célibataire veuf, divorcé, sans personne à charge + 600% pour une personne marié sans personne à charge + 760% pour une personne ayant une personne à charge	450%
Double effet	100% du capital décès toutes causes	20% du salaire de base	20% du salaire de base
Frais d'obsèques			
Décès du participant, du conjoint ou d'un enfant à charge	100% PMSS	Néant	Néant
Rente éducation			
Jusqu'au 18ème anniversaire	8% salaire de référence	10% jusqu'au 11ème anniversaire, 15% du 11ème au 19ème anniversaire	idem
Jusqu'au 26ème anniversaire et viager pour enfants handicapés	12% du salaire de référence	20% du 19ème au 26ème anniversaire	idem
Enfants à charge orphelins de père et mère	Doublement de la rente		
Incapacité temporaire de			
Incapacité temporaire de travail (maladie accident)			
Salariés ayant plu d'un an d'ancienneté	80% du salaire de référence (base brute)	40% Tranche A -90% Tranche B et 90% Tranche C	idem
Salariés ayant moins d'un an d'ancienneté après le 91ème jour d'arrêt continu	80% du salaire de référence (base brute)	A compter du 61ème jour d'arrêt continu: 40% Tranche A -90% Tranche B et 90% Tranche C	idem
Invalidité			
Première catégorie	45% du salaire de référence (base brute)	50% de la rente prévue en cas d'invalidité permanente totale	idem
Deuxième et troisième catégorie	100% du salaire de référence (base brute)	40% Tranche A -90% Tranche B et 90% Tranche C	idem
Cotisation TA	1,50%	2,74%	
Cotisation TB	2,26%	3,63%	

A travers ce tableau, on remarque que le contrat de prévoyance en vigueur au sein de la société Y n'est pas conforme à la CCN de la promotion Immobilière. Les garanties du contrat collectif sont inférieures aux garanties inscrites dans le régime conventionnel. De plus, pour des prestations moindres, les cotisations du régime actuel sont supérieures aux cotisations du contrat commercialisé par l'organisme désigné. Il convient de dénoncer ce contrat et de mettre en place un contrat de groupe pour l'ensemble des salariés des deux filiales. Par ailleurs pour mettre en place un contrat de groupe, il conviendra de dénoncer également les contrats de prévoyance en vigueur dans la société X.

b. Comparaison et sélection du contrat collectif

Proposition pour le contrat de prévoyance des cadres :

	CCN Promotion Immobilière	Simulation 1
Garanties décès		
Décès/PTIA par maladie	250% du salaire de référence	300% SB
Majoration par enfant à charge	50% du salaire de référence	100% SB
Décès suite à 1 accident	100% du capital décès toutes causes (doublement du capital décès toute cause)	100% du capital décès toutes causes (doublement du capital décès toute cause)
Double effet	100% du capital décès toutes causes	100% du capital décès toutes causes
Frais d'obsèques		
Décès du participant, du conjoint ou d'un enfant à charge	100M PMSS	100% PMSS
Rente éducation		
Jusqu'au 18ème anniversaire	8% salaire de référence	10% SB jusqu'à 12 ans
Jusqu'au 26ème anniversaire et viager pour enfants handicapés	12% du salaire de référence	15% SB de 12 à 18 ans
Enfants poursuivant leurs études		17% jusqu'à 21 ans
Orphelins de père et mère	Doublement de la rente	Doublement de la rente
Incapacité temporaire de travail (maladie accident)		
Salariés ayant plus d'un an d'ancienneté	80% du salaire de référence (base brute)	80% SB (franchise 30)
Salariés ayant moins d'un an d'ancienneté après le 91ème jour d'arrêt continu	80% du salaire de référence (base brute)	80% SB (franchise 30j)
Invalidité		
Première catégorie	45% du salaire net	60% salaire net
Deuxième et troisième catégorie	100% du salaire net	100% salaire net
Cotisation TA	1,50%	1,98%
Cotisation TB	2,26%	2,98%
Cotisation TC	2,51%	3,74%
Prise en charge par l'employeur	50%	50%

Après avoir effectué plusieurs devis, nous avons sélectionné un contrat de prévoyance permettant de répondre aux attentes du chef d'entreprise. Pour des cotisations inférieures par rapport au

contrat initial, le contrat bénéficie de garanties supérieures. Aussi, il permet à l'entreprise de se mettre en conformité avec la CCN de la Promotion Immobilière.

Au niveau du régime fiscal et sociale, l'entreprise pourra bénéficier de l'exonération de charges sociales si la DUE est conforme au décret du 8 juillet 2014. Cependant, il sera soumis au forfait social de 8% puisque le nombre de salarié affilié est supérieur à 10. Au niveau des salariés, ces derniers pourront déduire de leur revenu imposable leurs cotisations ainsi que celles de l'employeur.

c. Dénonciation du contrat d'origine

Afin de mettre en place le nouveau régime, l'employeur doit tout d'abord dénoncer le régime actuel.

Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente la dénonciation doit répondre à des règles spécifiques pour être valable. Chaque salarié doit être informé par une information individuelle et un délai de prévenance suffisant doit être respecté.

Vous trouverez ci-dessous un exemple de lettre de dénonciation adapté à notre étude exemple :

SAS Y
Adresse
CP Ville

Coordonnées du salarié
A Chambéry, le 01/09/14

Lettre remise en main propre contre décharge

Madame, Monsieur,

En vue de la mise en conformité de la protection sociale de son personnel, dans le cadre des obligations de la convention collective, dans un esprit d'harmonisation de la prévoyance entre les salariés du Groupe M, la Direction de la Société a pris la décision de dénoncer le régime collectif et obligatoire de prévoyance actuellement en vigueur dans l'entreprise Y et de mettre en place un nouveau régime de prévoyance collectif et obligatoire ; un tel système de garanties permettant de bénéficier d'un tarif collectif plus favorable tout en maintenant des garanties équivalentes voir meilleurs sur certains postes.

Par conséquent à compter de du 01/01/2015, vous bénéficierez d'un contrat collectif de prévoyance qui sera souscrit auprès de XXXX dont vous trouverez joint à ce courrier le barème des garanties.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'informations et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Directeur Général

Le salarié mentionnera la mention manuscrite suivante : « lettre reçue le XX/XX/XXXX » suivie de sa signature

d. Mise en place du nouveau régime par DUE :

Pour mettre en place le nouveau régime, une DUE à été établie en collaboration avec un avocat en droit sociale. Celle-ci reprend les points mentionnés dans l'exemple de DUE jointe en annexe (9). La procédure de mise en place du contrat collectif a été respectée. Une information écrite a été

remise à l'ensemble des salariés concernés. Cette remise a été prouvée par une liste d'émargement signée par chaque salarié concerné. Une notice d'information valant de conditions générales a été également transmise à chacun d'eux.

Par la mise en place de ce nouveau régime, le Dirigeant du Groupe a pu mettre en conformité son régime de prévoyance collective. Ce dernier ayant un caractère obligatoire et collectif, l'entreprise pourra bénéficier d'une exonération de charges sociales sur les cotisations patronales. Par ailleurs, grâce à la souscription d'un contrat de groupe, l'entreprise a pu bénéficier d'une tarification plus avantageuse.

A travers cette troisième partie, nous vous avons présenté quelques pistes afin de pouvoir comparer les contrats de prévoyance et les contrats de frais de soins de santé. Afin de juger du niveau de garantie contenu dans un contrat, il convient d'effectuer une lecture attentive des conditions générales de chaque contrat pour sélectionner les plus performants. Pour avoir une méthode de comparaison plus exhaustive, il est possible d'ajouter quelques critères supplémentaires comme la sûreté financière de l'assureur, la performance du backoffice et la qualité du suivi notamment en ce qui concerne la procuration d'information.

CONCLUSION

Cette étude a permis de présenter le contexte actuel de la protection sociale complémentaire collective. A travers une première partie, nous avons décrit l'organisation du régime de protection sociale français ainsi que son mode de financement. Il en ressort que la Sécurité Sociale est constituée de plusieurs régimes ayant des garanties et des taux de cotisations différents selon chaque régime. Ces derniers sont constitués de plusieurs branches gérées par des caisses au niveau national, régional, département et local. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur les prestations de prévoyance et de frais de santé versées par le régime général de la Sécurité Sociale. Notre analyse consiste à montrer que le régime général offre un niveau de garantie insuffisant en matière de prévoyance et de santé. On note également qu'en raison d'un déficit important, les mesures visant à maîtriser les dépenses du régime ont conduit à un désengagement progressif de la Sécurité Sociale en matière santé. Par exemple, l'instauration de la participation forfaitaire de 1€, des franchises en cas d'intervention chirurgicale ou sur les frais transports, et l'obligation de respecter le parcours de soins coordonné ont entraîné une érosion progressive des prestations versée par la CPAM. Par ailleurs, le risque d'incapacité, d'invalidé et de décès sont très peu couverts par le Régime Général. Ce désengagement a conduit à un fort développement des régimes complémentaires de prévoyance et de santé. Des régimes complémentaires obligatoires ont été progressivement instaurés dans les accords de branches ou les conventions collectives. Ces accords ont eu pour effet de développer le marché de la prévoyance collective puisque chaque entreprise soumise à un tel accord doit proposer un contrat comportant des garanties au moins identiques pour leurs salariés. Parallèlement, les gouvernements ont introduit des régimes fiscaux et sociaux incitatifs pour les entreprises et les salariés afin d'encourager la mise en place de ses contrats. Les conditions d'accès à ces avantages font l'objet d'une évolution réglementaire accrue depuis quelques années. Depuis 2003, on compte notamment quatre loi de financement, autant de décrets, auxquels s'ajoutent plusieurs circulaires de la DSS et lettre ACOSS. Afin d'éclaircir la réglementation actuelle portant sur le marché de la prévoyance collective, nous avons concentré notre présentation sur les derniers textes modifiant les régimes de prévoyances collectifs. Dans cette seconde partie, nous vous avons présenté le régime d'exonération sociale et fiscale destiné aux entreprises et salariés. Ce dispositif n'est éligible qu'en cas de mise en place d'un régime obligatoire et collectif. Ces notions ont été définies par le décret 9 janvier 2012. Il prévoit la possibilité de mettre en place un régime à une ou plusieurs catégories de salariés avec l'instauration de catégories objectives. Aussi, le caractère obligatoire du contrat a été assoupli par l'instauration de cas de dispense spécifiques aux contrats de prévoyances et de frais de santé. Le

décret a suscité de nombreuses questions à l'origine de la publication de la circulaire du 25 Septembre et de la lettre ACOSS du 4 février 2014. Ces dernières ont apporté un éclaircissement sur son application et ont annoncé la parution d'un décret de « toilettage ». Le décret du 8 juillet 2014 est donc venu modifier le décret initial. S'il apporte des améliorations attendues comme la faculté de recourir à la dispense d'adhésion pour les CDD, apprentis et temps partiel pour les régimes mis en place par DUE, d'autres points restent à éclaircir comme le cas des salariés « multi-employeurs » bénéficiant d'un système de partage des cotisations entre plusieurs employeurs qui semble compliqué à appliquer. Par ailleurs la définition des catégories objectives laisse elle aussi des doutes sur certains critères. Il est donc probable qu'une circulaire de la DSS vienne éclaircir les modifications apportées par le décret du 8 juillet 2014.

La possibilité de bénéficier de l'exonération sociale sur les cotisations patronales est aussi conditionnée par le recours à un contrat « responsable ». Ces derniers ont fait l'objet d'une modification de leur définition. S'il existe toujours de garanties plancher pour certains soins, la nouveauté provient de l'instauration de garanties plafond pour d'autres soins. Une période transitoire a été mise en place prenant échéance au 1^{er} janvier 2017 pour les contrats en cours et au 1^{er} avril 2015 pour les nouveaux contrats. Il se pose alors la question de l'interaction entre les textes. Une adaptation d'un régime collectif au décret du 8 juillet 2014 entraînera sûrement la perte de la période transitoire accordée pour la mise en conformité des « contrats responsables ».

De plus, la mise en conformité des régimes est d'autant plus complexe que les chefs d'entreprises n'ont pas terminé la mise en conformité avec la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 16 juin 2013 modifiant le dispositif de portabilité des droits. Cette loi a apporté deux modifications essentielles. Elle prévoit la généralisation de la complémentaire santé en date du 1^{er} janvier 2016. Les entreprises ont l'obligation d'engager une procédure de mise en place d'une couverture collective de frais de soins de santé pour l'ensemble de ses salariés. Ce texte prévoit l'instauration d'un niveau minimal de garanties appelé panier de soins fixé par décret. A ce jour, seul un projet de décret en date du 30 juin 2014 est sorti. Il fera l'objet d'une publication dans les semaines prochaines. Enfin, la LSE modifie le dispositif de portabilité mis en place par l'ANI du 11 janvier 2008 en imposant un financement par mutualisation et en étendant le régime à douze mois. Ces modifications ont entraîné des hausses tarifaires et les employeurs ont eut l'obligation de modifier leurs régimes en date du 1^{er} Juillet 2014.

L'actualité réglementaire a donc été très vive, les chefs d'entreprises étant amenés à modifier plusieurs fois leurs régimes complémentaires. Cette période de mise en conformité ne semble pas terminée puisque la publication des décrets relatifs au panier de soin et aux contrats responsables

devrait intervenir dans les prochaines semaines. Une nouvelle circulaire de la DSS devrait, elle aussi, être publiée afin d'explicitier le décret du 8 Juillet 2014.

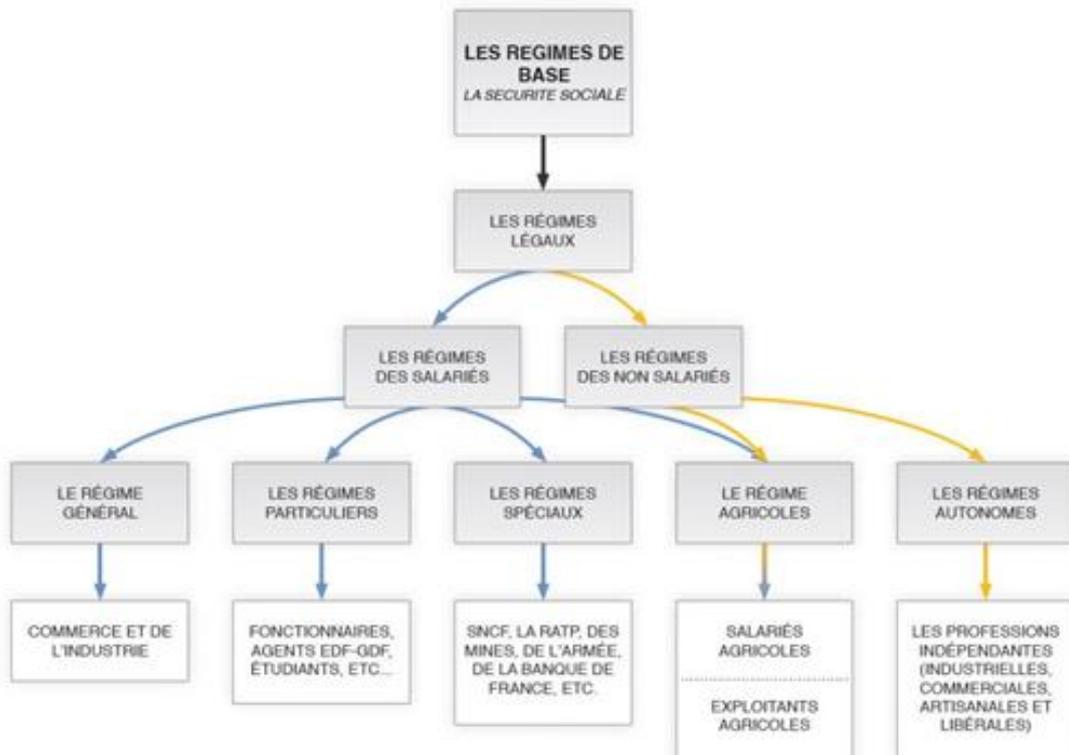
Le marché de la prévoyance collective constitue une bonne opportunité pour les cabinets de Gestion de Patrimoine souhaitant spécialiser un conseiller pour les assurances de personnes (assurances emprunteur, prévoyance, santé et retraite). Suite la généralisation de la complémentaire santé et l'abandon des clauses de désignation, les cabinets ont la possibilité de diversifier leurs activités et de travailler en inter-professionnalité avec les membres et les interlocuteurs des entreprises comme les cabinets d'expertise comptable et les avocats. La rédaction d'une DUE constitue un acte juridique. Afin d'éviter la nullité du contrat et le risque de redressement de la part des URSSAF, il est conseillé d'avoir recours à un professionnel du droit du travail et du droit social pour la rédaction de la DUE. La DUE peut être rédigée par le courtier ou le conseiller mais ce dernier doit prendre les précautions nécessaires en la faisant approuvée par un juriste. L'interaction avec les sociétés d'expertise comptable est tout aussi importante. Ces dernières possèdent une clientèle d'entreprises qui sont potentiellement demandeur de prestations en assurance collective. Développer cette inter-professionnalité peut être un bon moyen pour développer le portefeuille client du CGP.

A travers une troisième partie, nous avons présenté quelques arguments de vente ainsi que nos conseils pour comparer des contrats et proposer une offre adaptée aux besoins de nos clients. Nous pouvons ajouter à cela le devoir de conseil auquel est soumis le CGP. Cette notion est particulièrement présente dans les activités du CGP qui doit porter une attention particulière sur le suivi et l'apport d'information à ses clients.

En cette période de morosité économique et de dette publique importante, l'Etat cherche de nouvelles sources de financement. Les URSSAF devraient accentuer leurs contrôles auprès des entreprises bénéficiant d'un régime complémentaires collectif. Par ailleurs, la généralisation de la complémentaire santé a été suivie de la réintégration dans le revenu imposable des salariés de la part des cotisations de santé prise en charge par l'employeur. La méthode du gouvernement a été jugée pernicieuse par les représentants syndicaux et les salariés. On constate aujourd'hui que la part versée par l'employeur pour les cotisations de prévoyance est restées non fiscalisée. Il est donc censé se demander si le gouvernement osera étendre ses mesures aux contrats de prévoyance collectifs au nom de l'égalité fiscale entre les salariés.

ANNEXES

Annexe 1: les régimes de base de la Sécurité Sociale



Source : www.securitesociale.fr

Annexe 2: taux des cotisations du régime de base de la Sécurité Sociale

	Total	Employeur	Salarié	Assiette
Sécurité Sociale				
Maladie, maternité, invalidité, décès + contribution solidarité	13,55%	12,80%	0,75%	Sur totalité du salaire
Vieillesse	15,25%	8,45%	6,80%	de 0 à 3129€
Vieillesse déplafonnée	2,00%	1,75%	0,25%	Sur totalité du salaire
Allocations familiales	5,25%	5,25%		Sur totalité du salaire
Accidents du travail				Sur totalité du salaire
CSG non déductible + CRDS	2,90%		2,90%	Sur 98,25% du salaire
CSG déductible	5,10%		5,10%	Sur 98,25% du salaire (limité à 4 PASS, ensuite 100% salaire)

Source : Mémento fiscal et social 2014 Générali

Annexe 3: taux de remboursement des actes pris en charge par la Sécurité Sociale

	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle	Bénéficiaires du FSV ou de l'ASPA
Honoraires			
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%	90%	80%
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	90%	80%
Analyses et examens de laboratoire			
Actes en B (actes de biologie)	60%	90%	80%
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70%	90%	80%
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%	90%	80%
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60%	90%	80%
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100%	100%	100%
Médicaments			
Médicaments à vignette blanche	65%	90%	65%
Médicaments à vignette bleue	30%	80%	30%
Médicaments à vignette orange	15%	15%	15%
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100%	100%	100%
Préparations magistrales (PMR)	65%	90%	65%
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées ayant un taux de prise en charge à 30 % (PM4)	30%	80%	30%
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	30%	80%	30%
Autres frais médicaux			
Optique	60%	90%	80%
Prothèses auditives	60%	90%	80%
Pansements, accessoires, petit appareillage	60%	90%	80%
Orthopédie	60%	90%	80%
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapé physique)	100%	100%	100%
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100%	100%	100%
Frais de transport	65%	100%	100%
Cure thermique			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70%	90%	80%
Frais d'hydrothérapie	65%	90%	80%
Frais d'hébergement, frais de transport	65%	65%	80%
Cure thermique avec hospitalisation	80%	100%	100%
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)			
Frais d'hospitalisation	80%	100%	80%
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100%	100%	100%

Source : Ameli.fr

Annexe 4: Tarifs de consultations des médecins hors parcours de soins coordonnés

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux du remboursement	Montant remboursé
Généraliste - secteur 1	23,00 €	23,00 €	30%	5,90 €
Généraliste adhérant au contrat d'accès aux soins	honoraires avec dépassements maîtrisés	23,00 €	30%	5,90 €
Généraliste secteur 2	honoraires libres	23,00 €	30%	5,90 €
Spécialiste secteur 1	33,00 € (maximum)	25,00 €	30%	6,50 €
Spécialiste adhérant au contrat d'accès aux soins	honoraires avec dépassements maîtrisés	25,00 €	30%	6,50 €
Spécialiste secteur 2	honoraires libres	23,00 €	30%	5,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue - secteur 1	52,00 € (maximum)	39,70 €	30%	15,71 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue adhérant au contrat d'accès aux soins	honoraires avec dépassements maîtrisés	39,70 €	30%	15,71 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 1	honoraires libres	37,00 €	30%	14,90 €
Cardiologue secteur 1	58,00 € (maximum)	45,73 €	30%	21,01 €
Cardiologue adhérant au contrat d'accès aux soins	honoraires avec dépassements maîtrisés	45,73 €	30%	21,01 €
Cardiologue secteur 2	honoraires libres	45,73 €	30%	21,01 €

Source : Ameli.fr

Annexe 5 : Prestations en espèce du régime général de la Sécurité Sociale : prestation en vie privée

PRESTATIONS EN ESPECES EN VIE PRIVE				
Sinistre	Conditions d'accès à la prestation	Forme de la Prestation	Calcul de la prestation	Franchises et période de versements
Incapacité Temporaire de Travail (ITT)	200 h travaillées sur le dernier trimestre Ou avoir cotisé 1015 SMIC horaire	Indemnités Journalières (IJ)	50% du Salaire moyen brut des 3 derniers mois/30.42 Salaire Moyen Brut plafonné à 1.8 SMIC IJ max : 42.77€ IJ Min : 9,26€ Majoration à 2/3 du salaire journalier de base si IIT>30 jours et que l'assuré ait au moins 3 enfants à charge soit une IJ Max portée à 57.02€	Franchise : 3 jours Versements 360 IJ sur 3 ans En cas d'affection longue durée (ALD), prise en charge totale sur trois ans
Invalidité	Avoir une capacité réduite d'au moins de 2/3 en temps de travail ou en revenus : 3 catégories : <ul style="list-style-type: none"> • 1 : maintien d'une activité professionnelle • 2 : impossibilité d'avoir une activité professionnelle • 3 : impossibilité d'avoir une activité + besoin d'une tierce personne 	Rentes	Catégorie 1 : 30% Salaire Annuel Moyen (SAM) des 10 dernières années limité au PASS (min :281€/mois ; maxi :938€/mois) Catégorie 2 : 50% SAM 10 ans limité au PASS (min : 281€/mois, max : 1564€/mois) Catégorie 3 :50% SAM + majoration pour tierce personne de 1103€ (min : 281+1103=1384€ ; max :2667€)	Versées jusqu'au départ en retraite
Décès	Délai de 30 jours pour demander les capitaux	Capital	3 * salaire mensuel brut plafonné au PMSS Min : 375.48€ Max : 9387€	Versé aux personnes à charge : conjoint, enfants ou ascendants

Annexe 6 : Prestations en espèce du régime général de la Sécurité Sociale : prestation en vie professionnelle

PRESTATIONS EN ESPECES EN VIE PROFESSIONNELLE			
Sinistre	Forme de la Prestation	Calcul de la prestation	Franchises et période de versements
Incapacité Temporaire de Travail (ITT)	Indemnité Journalière	Base : dernier salaire / 30.42 Base limitée à 0.834 PASS soit 313.15�/jour Du 2 ^{ème} au 28 ^{ème} jour : 60% de la base Du 29 ^{ème} jusqu'au classement en invalidité professionnelle : 80% de la base	Franchise : 1er jour pris en charge en intégralité par l'employeur
Invalidité	Capital ou Rentes selon le degré d'invalidité	Invalidité < 10% : versement d'un capital forfaitaire fixé par décret selon le taux d'invalidité Invalidité ≥ 10% : rente annuelle égale au salaire des 12 derniers mois * taux de la rente : <ul style="list-style-type: none"> – Si le taux d'invalidité est <50% : seule la moitié est prise est compt�e : taux/2 – Si le taux d'invalidité est ≥ 50% : pourcentage supérieur à 50% est augmenté de moitié : 25% +[(taux-50)*1.5] Invalidité > 80% que son invalidité nécessite la présence d'une tierce personne, alors la rente est majorée de 40%	Versées jusqu'au départ en retraite
Décès	Rente viagère	Remboursement de frais funéraires dans la limite de 1/24*PASS Rente viagère vers� au conjoint ou partenaire pacsé : 40% du salaire annuel si le conjoint à – de 55ans, 60% s'il est �g� de + de 55 ans Rente �ducation: 25% pour chacun des premiers enfants et 20% pour chacun des suivants 30% par enfant si orphelin de père et mère	Rente viagère Rente �ducation vers� jusqu'à 16ans, 18 ans si apprentissage, 20 ans en cas d'études supérieures

Annexe 7 : Exemple d'organismes de prévoyance désignés par secteur d'activité

Institution de Prévoyance	Secteurs d'activité
PRO BTP	Bâtiment
AG2R – ISICA	Café, Hôtel & Restaurant
MALAKOFF	Nettoyage
D&O	Transport
MORNAY	Laboratoire Analyse Médicales
AGRICA	Agricole

Annexe 8 : Extrait de la CCN de Retraite et de Prévoyance des cadres du 14 Mars 1947

Article 4 :

Le régime de prévoyance et de retraite institué par la présente Convention s'applique obligatoirement aux ingénieurs et cadres définis par les arrêtés de mise en ordre des salaires des diverses branches professionnelles ou par des conventions ou accords conclus sur le plan national ou régional en application des dispositions légales en vigueur en matière de convention collective et qui se sont substitués aux arrêtés de salaires.

Il s'applique également aux voyageurs et représentants travaillant pour un seul employeur et ayant la qualification et les prérogatives d'ingénieurs ou cadres.

Sont considérés comme ayant la qualification et les prérogatives d'ingénieurs ou cadres, au sens de l'alinéa précédent, les voyageurs et représentants qui répondent à l'un au moins des trois critères suivants :

- a) avoir une formation technique, administrative ou commerciale équivalente à celle des cadres de l'entreprise (ou à défaut de cadre dans l'entreprise, équivalente à celle des cadres de la profession) et exercer des fonctions requérant la mise en œuvre des connaissances acquises ;
- b) exercer par délégation de l'employeur un commandement sur d'autres représentants ;
- c) exercer des fonctions impliquant initiative, responsabilité, et pouvoir être considérés comme ayant délégation de l'autorité du chef d'entreprise.

En ce qui concerne les branches pour lesquelles des arrêtés ne fournissent pas de précisions suffisantes, il est procédé par assimilation en prenant pour base les arrêtés de mise en ordre des salaires des branches professionnelles les plus comparables, par accord entre les organisations professionnelles intéressées.

Le régime est, en outre, obligatoirement applicable :

- aux personnes exerçant des fonctions de direction non visées par les arrêtés de mise en ordre des salaires lorsqu'elles sont considérées comme des salariés pour l'application de la législation de la Sécurité sociale ;
- aux médecins, lorsqu'ils sont considérés comme des salariés pour l'application de la législation de la Sécurité sociale ;
- aux conseillères du travail et surintendantes d'usines diplômées.

Article 4 bis :

Pour l'application de la présente convention, les employés, techniciens et agents de maîtrise sont assimilés aux ingénieurs et cadres visés à l'article précédent, dans les cas où ils occupent des fonctions :

a) classées par référence aux arrêtés de mise en ordre des salaires, à une cote hiérarchique brute égale ou supérieure à 300 ;

b) classées dans une position hiérarchique équivalente à celles qui sont visées au a) ci-dessus, dans des classifications d'emploi résultant de conventions ou d'accords conclus au plan national ou régional en application.

Article 36 de l'annexe I de cette convention

§ 1er - Dispositions générales

Le régime de retraite par répartition institué par la Convention collective nationale du 14 mars 1947

A - s'applique obligatoirement dans les entreprises qui à la date du 31 décembre 1983 étaient adhérentes à l'Institution de retraite des chefs d'ateliers, contremaîtres et assimilés des industries des métaux (IRCACIM), aux catégories de personnels bénéficiaires de ce dernier régime,

B - peut être étendu, par convention collective ou accord collectif de retraite, ou par ratification telle que prévue à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, aux collaborateurs autres que ceux visés ci-dessus, autres que ceux visés aux articles 4 et 4 bis de la Convention et autres que les VRP, qui répondent à la définition donnée au § 2 ci-après.

Toute extension visée au B demandée par une entreprise nouvelle ou une entreprise qui engage pour la première fois des collaborateurs susceptibles d'être concernés par le présent article, prend effet à la date de la création de l'entreprise ou à la date d'engagement du premier de ces collaborateurs.

Toute extension visée au B, demandée dans d'autres circonstances prend normalement effet le premier jour de l'année au cours de laquelle elle est notifiée à l'institution et n'est recevable que sous réserve que

- les catégories de personnels intéressés aient été jusqu'à la date en cause affiliés à un autre régime complémentaire de retraite et aient satisfait ainsi à l'obligation de participation à un tel régime résultant de la loi de généralisation,

- les engagements avec les autres régimes de retraite cessent de viser la tranche B.

L'application du régime de retraite par répartition dans les cas prévus au A ci-dessus, comme l'extension de ce régime dans les cas prévus au B ci-dessus, a obligatoirement effet pendant toute la durée de la Convention collective nationale du 14 mars 1947 et demeure valable en cas de cession d'une entreprise ou de modification de sa forme juridique sous réserve de l'application des dispositions de l'article 57 ci-après, y compris en cas de cession ou de restructuration née d'un plan de redressement arrêté par un tribunal de commerce.

Elle implique le respect des obligations visées à l'article 2 de la Convention.

§ 2 - Bénéficiaires

Dans les entreprises visées au A du paragraphe 1er ci-dessus, la définition des bénéficiaires du présent article est celle qui était en vigueur à la date du 31 décembre 1983 pour l'application du régime géré par l'IRCACIM.

Dans les entreprises visées au B du paragraphe 1er ci-dessus, la définition des bénéficiaires du présent article doit être opérée par référence :

1. à une cote hiérarchique au moins égale à 200 dans les arrêtés de mise en ordre des salaires (1) ;

2. ou à une position hiérarchique équivalente dans les classifications d'emploi résultant de conventions ou d'accords conclus au plan national ou régional en application des dispositions légales en vigueur en matière de convention collective.

La prise en considération des classifications résultant de conventions ou d'accords qui viennent d'être définis, tant dans les entreprises visées au A que dans celles visées au B du paragraphe 1er ci-dessus, est subordonnée à l'agrément de la Commission paritaire* qui détermine, notamment, le niveau hiérarchique équivalent à celui auquel les arrêtés de mise en ordre des salaires attribuent le coefficient 200, de telle sorte que les catégories de bénéficiaires au titre du présent article ne soient pas modifiées par rapport à celles qui se trouvaient visées par les définitions données par référence aux arrêtés de mise en ordre des salaires. Bénéficient obligatoirement du régime au titre du présent article, tous les collaborateurs titulaires de postes classés à un niveau au moins égal à celui correspondant au niveau minimum retenu par l'entreprise et au plus égal à celui qui entraîne application de l'article 4 bis de la Convention. Dans les branches professionnelles au sein desquelles il n'existe pas de classification de fonction fournissant des précisions suffisantes, il est procédé par assimilation, en prenant pour base les classifications existant dans les branches professionnelles les plus comparables, par accord entre les organisations professionnelles intéressées.

Annexe 9 : Modèle de Décision Unilatérale

Décision Unilatérale du chef d'entreprise relative à la mise en place d'un régime complémentaire de prévoyance ou frais de santé dans le cadre de l'article L.911-1 du code de la Sécurité Sociale.

Dénomination de la société _____

Forme _____

Siège social _____

Représentant dûment habilité de l'entreprise _____

A _____,

le _____

Madame, Monsieur,

Par la présente, la direction de l'entreprise vous informe de sa décision de mettre en place un régime collectif de frais de soins de santé (ou de prévoyance).

Conformément à l'article L 2323-1 du code du travail, le Comité d'Entreprise a été préalablement informé et consulté. *(à prévoir s'il existe un Comité d'Entreprise)*

Objet de la décision unilatérale

L'objet de la présente décision unilatérale est d'instituer un régime complémentaire frais de santé (ou de prévoyance) permettant aux salariés concernés de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

L'affiliation au régime de l'ensemble des salariés (ou tous les salariés de la catégorie concernée) revêt un caractère obligatoire.

Le régime complémentaire frais de santé se compose d'un socle de garanties dont bénéficient obligatoirement les salariés concernés, dit « Socle Entreprise » financé entièrement par l'employeur (ou conjointement par l'employeur et les salariés)

Les salariés pourront, s'ils le souhaitent, compléter ce « Socle Entreprise » par des Renforts facultatifs dont le financement sera entièrement à leur charge.

Personnel bénéficiaire

Les bénéficiaires du régime complémentaire frais de santé sont :

- Ensemble du personnel
- Personnel relevant des articles 4, 4 bis et art 36 de la CCN de 1947
- Personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et art 36 de la CCN de 1947
- ...

Sous réserve d'une condition d'ancienneté de 6 mois dans l'entreprise (Frais de santé) ou 12 mois dans l'entreprise (Prévoyance)

Caractère obligatoire de l'affiliation et cas de dispense

L'affiliation au régime mise en place à effet du sera obligatoire pour tous les salariés désignés ci-dessus.

Les cas de dispense d'affiliation

Les salariés suivants ont la faculté de refuser l'affiliation au régime frais de santé :
(l'employeur a choix de mentionner ou non les cas de dispense suivants)

- Les salariés présents dans l'entreprise au (date d'effet du régime)
 - Sous réserve de le justifier chaque année, les salariés bénéficiant déjà, y compris en qualité d'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un des dispositifs visés par l'arrêté du 26 mars 2012, rappelés ci-dessous :
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire d'entreprise (article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (articles D.325-6 et D.325-7 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (décret n°46-1541 du 22 juin 1946) ;
 - régime de protection sociale complémentaire des personnels de l'Etat (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ;
 - régime de protection sociale complémentaire des agents des collectivités territoriales (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011) ;
 - contrat d'assurance de groupe issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (loi Madelin).
- Les salariés refusant de s'affilier dans le cadre de cette dispense devront justifier chaque année de la couverture collective dont ils bénéficient par ailleurs.
- Les salariés bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)
 - Les salariés bénéficiaires de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

- Les salariés bénéficiaires couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure
Dans les trois derniers cas, la dispense d'affiliation est valable jusqu'à l'échéance du contrat individuel ou au terme de l'aide.
Une attestation d'assurance mentionnant l'échéance du contrat est à fournir par les salariés concernés.

Les salariés remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires, auprès de l'employeur qui en conservera la trace.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'employeur : à défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime.

Financement des garanties du « Socle Entreprise »

Les cotisations servant au financement du Socle Entreprise sont fixées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale en vigueur pour la période d'assurance au titre de laquelle les cotisations sont dues, sont fixées comme suit :

- 0,00 % par Famille
- 0.00% par Duo
- 0,00 % par Isolé

Les cotisations sont à la charge exclusive de l'employeur

ou

Les cotisations sont réparties entre l'employeur et le salarié de la façon suivante :

- part patronale : xx %
- part salariale : xx %

La cotisation des salariés est prélevée mensuellement sur leur paye.

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires.

Cet accroissement des taux de cotisations, calculé chaque année à cet effet, tient compte de l'augmentation induite par la variation de la valeur du plafond de la Sécurité sociale.

Prestations et organisme assureur

Le contenu des garanties et leurs modalités de mise en œuvre sont décrits dans le barème des garanties et la notice d'information (en annexe) du contrat XXXXXXXX souscrit auprès de XXXXXXXX, entreprise régie par le code des assurances, SA au capital de X euros, XXXX RCS Paris, Siège social XXXXX.

En application de l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur et des intermédiaires sera réexaminé en vue d'une optimisation des garanties, au moins une fois tous les... ans .

Portabilité

Les anciens salariés de l'entreprise, bénéficiaires du dispositif de portabilité mis en place l'Accord Interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail puis

par l'article 1-II,1° de la loi 2013-504 du 14 juin 2013, pourront conserver le bénéfice du présent système de garanties collectives dans les termes et conditions prévus par ces textes .

Durée et effet

Le régime complémentaire frais de santé prendra effet lepour une durée indéterminée.

Il pourra à tout moment être modifié ou dénoncé, conformément à la procédure jurisprudentielle prévue pour la modification et la dénonciation des usages et engagements unilatéraux de l'employeur en vigueur à cette date.

Date

Signature du représentant de l'entreprise

Annexe 10: Art 11 de la Loi Evin

« Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place, à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un système de garanties collectives contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système. »

Annexe 11: Art 1 de l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises

La dispense d'adhésion aux dispositifs obligatoires et collectifs de prévoyance complémentaire mentionnée au b du 3° de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale est accordée aux salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies :

- dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du même code ;
- par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

BIBLIOGRAPHIE-WEB GRAPHIE :

- Décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire
- Circulaire ministérielle n°DSS/SDB/2013/344 du 25 Septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de Sécurité Sociale
- Circulaire ACOSS n°2014-0000002, Précisions sur le Décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 et la Circulaire ministérielle du 25/09/2013
- Décret n°2014 du 8 juillet 2014 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire
- ANI du 11 janvier 2013
- Décret relatif aux garanties de complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du CSS
- Décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales
- Document de formation validante d'avril 2014 établi par les services juridiques d'APICIL
- Document de formation validante de juin 2014 établi par les services juridiques de GENERALI
- Dossier de Presse du 30 Juin 2014 « Généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité », ministère des affaires sociales et de la santé
- Mémento Fiscal et Social 2014, GENERALI
- Flash loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 GENERALI
- Rapport de Comptes CNAMTS exercice 2013, Direction Déléguée des Finances et de la Comptabilité
- Synthèse issue du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, Résultats 2013-Prévisions 2014
- Loi de financement de la Sécurité Sociale 2014 en chiffres, ministère de l'Economie et des Finances, Ministère des affaires sociales et de la Santé
- La Protection Sociale en France, Document de Présentation de Mr GERBAUD, Enseignant à l'IAE GRENOBLE
- <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-5-projets-de-decrets-sur-la-generalisation-de-l-acces-a-une-couverture-complementaire-de-qualite.html>
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/30_06_14_CP_complementaires.pdf
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000709057&categorieLien=cid>
- « L'administration sociale fixe de nouvelles règles du jeu », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 13/02/09
- « De nouveaux éclairages apportés par l'Acos », Agéfi Actifs, 08/04/11
- « Cinq critères objectifs pour déterminer une catégorie », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 13/01/12
- « Les entreprises doivent une fois de plus adapter leur régime », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 20/01/12
- « Approche catégorielle et égalité de traitement », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 10/02/12

- « La prudence doit être de mise sur les coefficients et les classifications », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 02/03/12
- « Retour sur les points à vérifier après le décret du 9 janvier 2012 », Florence Duprat-Cerri, Agéfi Actifs, 26/04/13
- « Le décret sur les catégories objectives est validé », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 21/05/2013
- « Les principaux points à étudier pour une mise en conformité au 30 juin 2014 », Jean-Charles Naimi, 25/09/13
- « les TPE/PME devraient s'en tenir aux catégories cadres/non-cadres et tranches de rémunération », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs 04/10/13
- « Le régime des exonérations sociales est presque calé », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 04/10/13
- « le décret sur le caractère collectif et obligatoire des garanties en entreprise vient de paraître au JO », Jean-Charles Naimi, Agéfi Actifs, 10/07/14
- « exonération Urssaf de la prévoyance et retraite d'entreprise : une histoire sans fin ! », Frank Wismer, Agéfi Actifs, 11/07/14
- <http://www.adrea.fr/entreprise/obligations-legales/sante-prevoyance/l-article-7-de-la-convention-collective-nationale-des-cadres-du-14-mars-1947/>
- <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php>
- <http://www.securite-sociale.fr/Les-prestations-sociales-comprennent-des-prestations-en-especes-et-des-prestations-en-nature?type=part>
- http://www.unme.fr/files/Note-sur-les-clauses-de-recommandation_06-01-2014.pdf
- http://www.agirc.fr/fileadmin/agircarrco/documents/conventions_accords/CCN_14mars1947.pdf
- <http://www.lepetitjuriste.fr/droit-social/protection-sociale/protection-complementaire-dentreprise-et-clauses-de-recommandation>
- <http://www.ctip.asso.fr/presse/fiches-thematiques/les-garanties-de-sante-dans-les-branches-professionnelles>
- <http://www.alproconseil.com/ressources/les-conventions-collectives-FR-19.pdf?1361578988>
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/30_06_14_-_DP_-_Generaliser_l_acces_a_une_complementaire_sante_de_qualite.pdf
- http://www.ctip.asso.fr/bib/res/pages/514C_0.pdf
- <http://www.fredericbizard.com/reperes/histoire-de-la-protection-sociale-en-france/>
- <http://www.info-retraite.fr/index.php?id=origine>
- <http://www.securite-sociale.fr/Organigramme-institutionnel-de-la-Securite-sociale#chap1>
- <http://www.securite-sociale.fr/L-organisation-de-la-Securite-sociale?type=part>
- <http://travail-emploi.gouv.fr/evenements-colloques,2215/la-loi-de-securisation-de-l-emploi,2288/les-fiches-pratiques,2305/une-loi-pour-les-droits-des,2307/generalisation-de-l-acces,16430.html>
- http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france1.html
- http://www.lesechos.fr/19/03/2014/lesechos.fr/0203383330890_le-deficit-de-la-securite-sociale-un-peu-moins-lourd-en-2013.htm
- <http://business.lesechos.fr/directions-juridiques/complementaire-sante-obligatoire-le-grand-chambardement-7338.php>
- <http://www.acoss.fr/home/lacoss-et-les-urssaf/reperes/chiffres-cles.html>

- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/060614_-_Dossier_de_presse_-_PLFRSS_2014.pdf
- <http://pro.april.fr/informations-conseils-professionnel/je-suis-chef-d-entreprise-quels-sont-les-avantages-d-une-complementaire-sante-collective>
- <http://www.argusdelassurance.com/tendances/ani-marche-salaries-une-nouvelle-etape-pour-la-sante.61323>
- <http://www.latribune.fr/blogs/le-blog-du-contrarian/20131127trib000798061/complementaires-sante-les-clauses-de-designation-un-scandale-d-etat.html>
- <http://www.lepetitjuriste.fr/droit-social/protection-sociale/protection-complementaire-dentreprise-et-clauses-de-recommandation>
- http://www.agirc.fr/fileadmin/agircarrco/documents/conventions_accords/CCN_14mars1947.pdf
- http://www.lesechos.fr/13/05/2014/LesEchos/21686-144-ECH_les-conseillers-independants-inquiets-face-aux-reformes-europeennes-sur-les-retrocessions.htm

L'AUTEUR

Je soussigné, Monsieur Cyril BOUQUET,

Courriel pérenne : cy.bouquet@gmail.com

Attention : courriel à signaler si vous souhaitez le diffuser sur DUMAS

~~N'AUTORISE PAS la diffusion de mon mémoire~~

AUTORISE la diffusion de mon mémoire en texte intégral sur la base DUMAS

Diffusion immédiate du mémoire

~~Diffusion différée du mémoire : date de mise en ligne :~~

.....

(Embargo possible sur l'accès au texte intégral entre 15 jours et 10 ans.

Pendant cette période, seule une notice bibliographique est visible)

Je certifie que :

- mon mémoire est exempté d'éléments non libres de droit ou qui pourraient porter atteinte au respect de la vie privée.
- conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je pourrai à tout moment demander modifier l'autorisation de diffusion que j'ai donnée par l'envoi d'une simple lettre ou un courriel au service documentaire de l'IAE.
- je renonce à toute rémunération pour la diffusion effectuée dans les conditions précisées ci- dessus.
- j'agis en l'absence de toute contrainte.

Fait à AOSTE , le 22/09/2014

Signature de l'étudiant(e)

Précédée de la mention « bon pour accord »

Bon pour accord
Cyril BOUQUET