

## COUVERTURE SÉCURITÉ SOCIALE

---

### GÉNÉRALITÉS

La Sécurité Sociale assure une couverture à tous les assurés sociaux, sur les risques de base définis dans le régime général et dans les conditions prévues par celui-ci.

Les droits sont ouverts sous réserve que l'assuré ait cotisé pendant une certaine période et pour un montant minimal au cours de cette période (ou sur la base d'un salaire de référence), fixés par les conditions du régime.

Les prestations versées par la Sécurité Sociale ont été progressivement réduites dans le cadre des plans successifs de réduction du déficit et les taux de cotisations ont été augmentés. De nouvelles taxes ont également été créées.

### LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE EN 2008

Les dépenses liées à la protection sociale augmentent de 3,5% (hors transferts), soit un rythme de croissance élevé par rapport aux principaux agrégats macroéconomiques, qui connaissent pour leur part un fort ralentissement. Les prestations de protection sociale, qui en représentent la plus grande partie, s'élèvent à 570,4 milliards d'euros, soit 29,3% du PIB.

Les ressources de la protection sociale (hors transferts) augmentent de 3,7% car elles bénéficient encore de la croissance des années précédentes. La croissance de la masse salariale, sur laquelle sont assises les cotisations sociales et une partie de la Contribution sociale généralisée (CSG), ralentit peu compte tenu de l'important acquis en emplois du début d'année. Par ailleurs certains impôts et taxes affectés comme la CSG sur le capital, perçus en 2008, bénéficient de la croissance des revenus de 2007.

Les ressources de la protection sociale continuent à se diversifier. En 2008, elles s'élèvent (hors transferts) à 601,1 milliards d'euros. Elles se composent de cotisations sociales, impôts et taxes affectés, contributions publiques et autres ressources. L'ensemble de ces ressources augmente de 3,7% par rapport à 2007. Malgré un léger ralentissement par rapport aux quatre années précédentes, cette croissance reste sur un rythme relativement soutenu, au regard de la situation de crise économique qui a débuté au deuxième semestre 2008. La part des ressources de la protection sociale dans le PIB, de 30,8% en 2008, s'accroît légèrement par rapport à l'année 2007 (30,6%).

*Etudes DREES - n° 147 – juillet 2010*

## Une méthodologie révisée en 2005

Les données relatives aux dépenses de protection sociale et à leur financement sont issues du compte satellite de la protection sociale dont la méthodologie de calcul a été révisée en 2005. La protection sociale recouvre tous les mécanismes institutionnels, publics ou privés, prenant la forme d'un système de prévoyance collective et/ou mettant en œuvre un principe de solidarité sociale, et qui couvrent les charges résultant pour les individus ou les ménages de l'apparition ou de l'existence de certains risques sociaux identifiés (santé, vieillesse/survie, maternité/famille, emploi, logement, pauvreté/exclusion sociale).

Conformément à cette définition, la protection sociale recouvre non seulement les régimes obligatoires tels que le régime général de la sécurité sociale, les institutions chargées de l'indemnisation du chômage ou les régimes de retraite complémentaires, mais aussi les assurances collectives telles que les contrats gérés par les institutions de retraite supplémentaire ou de prévoyance, alors que les assurances individuelles en sont exclues. Les prestations versées par les mutuelles régies par le Code de la mutualité, à adhésion individuelle, entrent également dans le champ de la protection sociale car leur tarification est essentiellement indépendante des caractéristiques individuelles des assurés.

Les prestations de protection sociale regroupent les prestations sociales et les prestations de services sociaux bénéficiant aux ménages. Les prestations sociales constituent des transferts effectifs attribués personnellement à des ménages sans contrepartie équivalente ou simultanée. Les prestations de services sociaux retracent l'accès à des services, en relation avec un risque de la protection sociale, fournis à prix réduit ou gratuitement par une administration (le plus souvent un hôpital public).

Le financement de la protection sociale est principalement assuré par deux grandes catégories de ressources: les cotisations sociales et le financement public (constitué des impôts et taxes affectés et des contributions publiques). Les transferts sont des mouvements internes, entre régimes, et n'ont pas d'incidence sur le financement de l'ensemble du champ de la protection sociale.

Le taux de pression sociale est défini comme la part, dans le PIB, de la somme des cotisations sociales, effectives comme imputées, et des impôts et taxes affectés à la protection sociale. Un agrégat plus restreint est constitué du taux de prélèvements obligatoires sociaux, qui rapporte au PIB la somme des cotisations sociales effectives reçues par les administrations publiques et des impôts et taxes affectés à la protection sociale (déduction faite des impôts et cotisations non recouvrables).

## Les régimes d'assurances sociales versent les quatre cinquièmes des prestations

Les comptes de la protection sociale permettent une décomposition des prestations selon une nomenclature de régimes qui est cohérente avec les concepts des comptes. Avec 80,8% du montant total des prestations de protection sociale versées en 2008, les régimes d'assurance sociale ont un rôle prépondérant. Ils interviennent pour tous les risques de la protection sociale, à l'exception de l'exclusion sociale.

À lui seul, le régime général de la Sécurité sociale a servi 255,3 milliards d'euros de prestations en 2008, soit 44,7% de l'ensemble des prestations versées : cette part a augmenté de 0,1 point par rapport à 2007.

L'UNEDIC, chargée de l'indemnisation du chômage, a versé 23,7 milliards de prestations. Cela représente près des deux tiers des prestations servies au titre du chômage et de la perte d'emploi.

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (État et collectivités locales) assurent 10,8% des dépenses de prestations de protection sociale en 2008, contre 10,9% en 2007 (cette part est relativement stable depuis 2000). Les prestations de solidarité constituent l'essentiel de leur champ d'intervention : couverture maladie universelle complémentaire, allocation aux adultes handicapés, garantie de ressources et allocation compensatrice pour les personnes handicapées, allocation personnalisée d'autonomie, allocations de chômage au titre du régime de solidarité, revenu minimum d'insertion, allocations de logement (APL et ALS), aide sociale à l'enfance...

La participation financière des collectivités locales n'a cessé d'augmenter depuis 2001. En 2008, 5,4% des prestations de protection sociale sont versées par les collectivités locales contre 2,6% en 2001. Cette évolution est due à la montée en charge de prestations comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la décentralisation de dispositifs comme le revenu minimum d'insertion.

Les régimes non obligatoires de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance versent quant à eux 4,8% de l'ensemble des prestations. Ils partagent essentiellement leur intervention entre les risques santé (77,7%, principalement sous la forme de prises en charge totales ou partielles des tickets modérateurs, dépassements et forfaits journaliers) et vieillesse-survie (23,3%, sous la forme de retraites supplémentaires ou d'autres prestations versées dans le cadre de contrats collectifs entre employeurs et salariés).

Enfin, les prestations de protection sociale des régimes d'employeurs (prestations extralégales) et les régimes d'intervention sociale des ISBLSM (institut sans but lucratif au service des ménages), qui pour les premiers versent les prestations extralégales tels les suppléments familiaux de traitement, les compléments d'indemnités journalières et d'indemnités de licenciement ou, encore, pour les seconds fournissent à titre gratuit ou quasi gratuit des services aux personnes handicapées ou en difficulté sociale représentent seulement 4% de l'ensemble.

*Etudes DREES n° 147 - Les comptes de la protection sociale en 2008 - Juillet 2010*



## LOIS ET DÉCRETS

---

### TEXTES

#### LOI N° 89-1009

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contres certains risques est disponible sur notre site internet sous la référence suivante :

[www.gereso.com/prevoyance/loi89-1009.pdf](http://www.gereso.com/prevoyance/loi89-1009.pdf)

#### DÉCRET N° 90-768

Le décret n° 90-768 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 7 et 29-V de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contres certains risques est disponible sur notre site internet sous la référence suivante :

[www.gereso.com/prevoyance/decret90-768.pdf](http://www.gereso.com/prevoyance/decret90-768.pdf)

#### DÉCRET N° 90-769

Le décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contre certains risques est disponible sur notre site internet sous la référence suivante :

[www.gereso.com/prevoyance/decret90-769.pdf](http://www.gereso.com/prevoyance/decret90-769.pdf)

#### LOI N° 94-678

La loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire des salariés et portant transposition des directives n° 92-49 et n° 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du conseil des communautés européennes est disponible sur notre site internet sous la référence suivante :

[www.gereso.com/prevoyance/loi94-678-80894.pdf](http://www.gereso.com/prevoyance/loi94-678-80894.pdf)

**DÉCRET N° 96-800**

Le décret n° 96-800 du 9 septembre 1996 relatif aux opérations des institutions de prévoyance et à leur contrôle et modifiant le code de la sécurité sociale est disponible sur notre site internet sous la référence suivante :

[www.gereso.com/prevoyance/decret96-800.pdf](http://www.gereso.com/prevoyance/decret96-800.pdf)

## RISQUE DÉCÈS

---

### GÉNÉRALITÉS

Les contrats proposent toujours une garantie de base, sous forme de capital ou de rente, à laquelle on peut adjoindre des garanties annexes.

Pour ce qui concerne les cadres, la couverture du risque décès est obligatoire (convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres de 1947) avec une cotisation minimale à la charge des entreprises de 1,50% de la Tranche A de la rémunération (c'est-à-dire la partie de la rémunération inférieure à un plafond annuel de la sécurité sociale, soit **35 352 €** pour **2011** soit une cotisation employeur minimale de **530,28 €**), majoritairement affectée à la garantie décès.

L'article 7 de la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres, du 14 mars 1947, prévoit que :

*1 - Les employeurs s'engagent à verser, pour tout bénéficiaire visé aux articles 4 et 4 bis de la Convention ou à l'annexe IV à cette Convention, une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,50% de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de sécurité sociale.*

*Cette contribution doit être versée à une institution de prévoyance ou à un organisme d'assurance pour les bénéficiaires visés aux articles 4 et 4 bis, à l'INR (Institution Nationale de Prévoyance des Représentants) pour les ressortissants de l'annexe IV.*

*Elle est affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès.*

*2 - Tout bénéficiaire visé au § 1 ci-dessus peut, quel que soit son âge, prétendre, en application du présent article, à la constitution d'avantages en cas de décès dont le montant peut varier en fonction de l'âge atteint.*

*Ces avantages sont maintenus en cas de maladie ou d'invalidité au sens de l'article 8 de l'annexe I, jusqu'à liquidation de la retraite.*

*Peuvent cependant être exclus du bénéfice des présentes dispositions les décès résultant d'un fait de guerre ou d'un suicide volontaire et conscient survenant dans les premières années de l'admission au régime.*

*3 - Les employeurs qui, lors du décès d'un participant, ne justifient pas avoir souscrit un contrat comportant le versement de la cotisation visée au premier paragraphe, sont tenus de verser aux ayants droit du cadre ou du VRP décédé une somme égale à trois fois le plafond annuel de sécurité sociale en vigueur lors du décès.*

*Le versement de cette somme est effectué dans l'ordre suivant : au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, à défaut aux descendants et à défaut à la succession».*

*Le décès est l'un des risques les moins bien couverts par le régime de base de la sécurité sociale : celle-ci verse un capital, égal à **8 838 €** au maximum (en **2011**) plus, pour ce qui concerne l'assurance veuvage, une rente temporaire dégressive et servie pendant une courte période, sous conditions de ressources.*

Le versement du capital décès est limité au cas de décès du seul assuré.

## DROIT AU VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

Ce droit dépend de la date du décès, et non de celle de son fait générateur.

### *Exemple*

*Une société avait souscrit en 1991 un contrat de prévoyance collective, offrant notamment la garantie décès. Ce contrat a été résilié en 1993. Un salarié en arrêt de travail de 1992 à 1994, avait bénéficié des prestations prévues dans ce cadre. Il est décédé en 1994.*

*L'organisme assureur a refusé de verser le capital décès, au motif que la date du décès était intervenue après la résiliation du contrat, même si le fait générateur (la maladie) était antérieure. La Cour de cassation a validé cette décision.*

*Cass. soc. 20 juin 2001 - ICP 2001 n° 25, p. 1201*

## MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA LOI N° 2005-1564 DU 15 DÉCEMBRE 2005 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS D'ADAPTATION AU DROIT COMMUNAUTAIRE DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE

Lorsque l'assureur est averti du décès d'un assuré, il est tenu d'informer le bénéficiaire du contrat, dans la mesure où ses coordonnées figurent sur celui-ci. Le contrat doit informer le souscripteur des conséquences de la désignation du ou des bénéficiaire(s) et indiquer que cette désignation peut se faire par acte sous seing privé ou par acte authentique.

En outre, la loi permet à toute personne pensant être bénéficiaire d'un contrat souscrit par un assuré décédé de demander aux organismes professionnels qui seront habilités par arrêté (a priori la FFSA, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema) et le Centre technique des institutions de prévoyance (Cetip)), d'effectuer une recherche auprès des entreprises d'assurances.

### **Une adresse unique pour la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance en cas de décès.**

Depuis le 1er mai 2006, toute personne physique ou morale peut, en application de la loi du 15 décembre 2005, écrire aux organismes représentatifs de l'assurance pour savoir si elle est bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit à son profit par une personne dont elle apporte la preuve du décès. A cet effet, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) ont mis en place une structure qui centralise toutes les demandes. Ainsi, les bénéficiaires potentiels peuvent écrire à :

#### **Agira**

Recherche des bénéficiaires en cas de décès

1, rue Jules Lefebvre

75431 Paris cedex 09

Dans son courrier, le demandeur doit indiquer ses nom, prénoms et adresse, ainsi que les nom, prénoms et adresse, date et lieux de naissance et de décès de la personne qui aurait souscrit le contrat. Il doit joindre à sa demande un justificatif du décès de la personne concernée (copie de l'acte ou du certificat de décès).

La saisine d'Agira est gratuite. Agira accusera réception du courrier, demandera si nécessaire les informations manquantes et transmettra la demande complète à l'ensemble des entreprises d'assurances de personnes et institutions de prévoyance dans un délai de quinze jours. S'il s'avère que la personne est désignée en tant que bénéficiaire d'un ou plusieurs contrats, la ou les entreprises concernées l'en informeront dans un délai d'un mois à compter de la réception d'un dossier complet.

### **MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA LOI N° 2007-1775 DU 17 DÉCEMBRE 2007 PERMETTANT LA RECHERCHE DES BÉNÉFICIAIRES DES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE NON RÉCLAMÉS ET GARANTISSANT LES DROITS DES ASSURÉS**

Après le décès de l'assuré ou au terme prévu par le contrat et à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement, l'entreprise d'assurance verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie. Au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Les entreprises d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles, peuvent désormais, via leurs organismes professionnels, consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Ces traitements ont pour objet la recherche des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie décédés. Il est également prévu que, lorsque l'assureur est informé du décès de l'assuré, l'assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit. Cette loi réforme également les modalités de l'acceptation du bénéficiaire et précise les conséquences de cette acceptation sur la faculté de rachat du souscripteur.

### **PRÉCISIONS APPORTÉES PAR LA CNIL (COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS) DÉLIBÉRATION N° 2008-579 DU 18 DÉCEMBRE 2008**

*JO du 7 février 2009*

Elle précise que l'Agira est responsable du traitement des informations transmises par l'INSEE en vue de constituer une base de données relative aux personnes décédées. La mise à jour de cette base est mensuelle.

Les données récoltées et transmises aux assureurs vie peuvent être conservées pendant le temps nécessaire à l'exécution du contrat. À compter du décès de l'assuré, elles sont archivées pour trente ans (prescription légale).

Un nombre limité à cinq personnes seulement par établissement est autorisé à accéder à ses informations. Enfin, la délibération de la CNIL prévoit les dispositifs de sécurité informatiques devant être mis en œuvre afin de prévenir tout détournement des données.



## DÉPENDANCE

---

Les progrès de la longévité humaine, s'ils sont tout à fait appréciables, ont malheureusement pour effet d'amplifier un phénomène de société : la dépendance des personnes âgées, lorsque ces dernières sont victimes en fin de vie d'atteintes corporelles et psychiques qui les rendent incapables d'accomplir sans assistance la plupart des actes et fonctions de la vie courante.

On observe, en effet, dans la plupart des pays développés, un mouvement d'augmentation rapide du nombre de personnes dépassant les âges de 80 ou 90 ans, âges auxquels les états de dépendance surviennent fréquemment. Le maintien à domicile ou l'hébergement en institution spécialisée des personnes dépendantes, ainsi que les soins et l'assistance qu'il faut leur apporter, créent une charge financière de plus en plus importante.

En 2015, plus de 2 millions de personnes auront dépassé le seuil des 85 ans. Face à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, liée au vieillissement de la population, la prise en charge de la perte d'autonomie est plus que jamais considérée comme un véritable défi et un réel enjeu de société.

Sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre des personnes présentant de forts handicaps devrait passer, selon le Centre d'analyse stratégique, de 660 000 en 2005 à 940 000 en 2025. Parallèlement, du fait même du vieillissement de la population, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer.

Dans ce contexte, il est difficile d'envisager une prestation sociale répondant aux besoins de tous. Un sondage TNS Sofres de mai 2007 indique que 52% des Français préfèrent « laisser à chacun la possibilité de souscrire une assurance qui couvre le moment venu les frais liés à la dépendance ». Par ailleurs, une étude quantitative «Les Français et l'avenir du système de protection sociale», réalisée en février 2007 par l'institut OpinionWay à la demande de la FFSA, auprès d'un échantillon de 1 012 personnes, le confirme : les Français sont assez pessimistes sur la capacité du régime de protection sociale obligatoire à faire face à l'évolution des dépenses liées à la santé, aux retraites ou à la dépendance et adhèrent largement à l'idée que d'autres acteurs auront un rôle à jouer.

En 2010, les organismes complémentaires (sociétés d'assurances, institutions de prévoyance et mutuelles) couvrent cinq millions de personnes contre le risque de perte d'autonomie. L'âge moyen de souscription est de 60 ans tandis que l'âge d'entrée en dépendance est de 80 ans. La rente mensuelle moyenne versée par les sociétés d'assurances à leurs assurés dépendants s'élève à 522 €.

Alors que la population augmentera de 13% d'ici à 2040, le nombre de plus de 60 ans progressera, lui, entre 30 et 50%. Les personnes frappées par la perte d'autonomie seront probablement de plus en plus nombreuses dans les années à venir (il y a tous les ans 250.000 victimes supplémentaires de la maladie d'Alzheimer). Selon les dernières statistiques officielles, la France comptera 1,4 million de personnes âgées en perte d'autonomie en 2040.

Le gouvernement songe actuellement au problème et a ouvert le débat dans le cadre du projet de loi sur le « 5<sup>e</sup> risque ». La création d'une nouvelle branche de Sécurité sociale serait une première depuis 1945. Les décisions devraient être prises d'ici à fin 2011.

## L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Il s'agit de contrats d'assurance qui prévoient le versement d'indemnités sous forme de rente ou de capital en cas de perte d'autonomie. Les prestations versées au bénéficiaire lui permettent de financer la solution qui lui convient le mieux : aide à domicile, hébergement en maison spécialisée, aménagement du logement...

Pour définir la dépendance, la plupart des assureurs ont recours à des grilles modulaires qui leur sont propres, mais qui ont en commun d'apprécier la situation de la personne par rapport aux actes essentiels de la vie courante. Certaines sociétés d'assurances utilisent la grille nationale Aggir (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources), qui sert à l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette grille propose un classement officiel des niveaux de dépendance en six groupes, en fonction de critères physiques et psychologiques.

### LES GARANTIES PROPOSÉES CONCERNENT

#### La dépendance totale

C'est un état de dépendance dite " lourde ". Elle est généralement définie comme l'impossibilité d'accomplir sans aide extérieure au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne : s'alimenter, se laver, se déplacer, s'habiller. Lorsque l'état de dépendance totale est reconnu, le versement de la rente s'effectue à hauteur de 100% du montant prévu par le contrat.

La perte d'autonomie consécutive à la pratique de certains sports peut constituer une exclusion de garantie du contrat.

#### La dépendance partielle

Elle est évaluée en fonction des critères définis par le contrat. Elle se caractérise par le besoin d'une aide partielle pour effectuer les actes de la vie quotidienne (s'habiller, s'alimenter...).

#### Les prestations complémentaires

Les contrats dépendance proposent des services complémentaires. Il peut s'agir d'un service d'assistance destiné à orienter et à aider l'assuré dépendant pour trouver l'établissement adapté, mettre en place des services d'aide à domicile et lui proposer, le cas échéant, un soutien psychologique.

Les efforts se portent aujourd'hui sur le renforcement des prestations en nature, par exemple en transformant une partie de la rente en service.

## LA SOUSCRIPTION

Le risque de dépendance est un risque complexe faisant intervenir des aspects démographiques, socio-médicaux et économiques. Ce sont les tranches d'âge élevées qui sont les plus concernées par la perte d'autonomie, ce risque croissant avec l'âge. Les tarifs de l'assurance dépendance sont notamment basés sur l'âge de l'assuré au moment de la souscription. Plus l'assuré souscrit tard, plus le risque est important et plus la cotisation est élevée.

La souscription est de préférence envisagée à partir de 50 ans. Après 75 ans, il n'est généralement plus possible de souscrire. L'assureur se fonde sur les informations relatives à l'état de santé réunies par le médecin conseil (questionnaire médical, examen médical) pour accepter ou refuser le souscripteur.

Le contrat prévoit généralement un délai de carence : c'est la période suivant immédiatement la souscription, pendant laquelle la garantie reste sans effet. Ce délai est compris entre un an et trois ans, il ne s'applique pas en cas de dépendance accidentelle.

## LES DIFFÉRENTS CONTRATS

### Les sociétés d'assurances proposent principalement deux types de contrats couvrant la dépendance

- des contrats de prévoyance, (collectifs ou individuels), dans lesquels la dépendance est la garantie principale : l'assuré reçoit une rente mensuelle viagère s'il devient dépendant. S'il conserve son autonomie jusqu'à son décès, les cotisations versées bénéficient à l'ensemble des assurés : comme pour de nombreuses assurances, il y a mutualisation des risques. Deux options sont généralement proposées aux assurés : recevoir la totalité de la rente prévue dès lors qu'un certain degré de dépendance est atteint, ou une rente variable en fonction du degré de dépendance, dès qu'il y a perte d'autonomie. Ces rentes ne sont pas imposables ;
- des contrats d'épargne, dans lesquels le risque dépendance correspond à une garantie optionnelle ou complémentaire : dans ces contrats, l'assuré reçoit une rente à un âge défini même s'il n'est pas dépendant. En cas de dépendance, le montant de la rente versée est majoré.

Les rentes sont partiellement imposables selon un taux qui diminue quand l'âge du bénéficiaire augmente.

- Il existe aussi des contrats décès avec option dépendance : si l'assuré décède avant le terme du contrat l'assureur paie le capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). S'il devient dépendant, le capital prévu en cas de décès est transformé en rente mensuelle.

Dans tous les cas, la personne dépendante a libre usage des sommes perçues. Elles peuvent, par exemple, lui servir à payer un séjour en maison de retraite ou une aide à domicile, ou encore à aménager son appartement si elle a des difficultés à se mouvoir.

Ces contrats prévoient des informations et des actions de prévention et de conseil avant la perte d'autonomie. Les formules de contrats d'assurance destinés à couvrir le risque de dépendance évoluent en permanence et évolueront encore pour s'adapter aux besoins, notamment en renforçant la prévention et en incluant des prestations en nature permettant de développer les services à la personne.

Les efforts se portent aujourd'hui sur le renforcement des prestations en nature, par exemple en transformant une partie de la rente en service, mais aussi le développement de contrats alliant épargne et dépendance pour éviter que le souscripteur n'ait cotisé à fonds perdus si la perte d'autonomie ne s'est pas déclarée.

## **LES COTISATIONS**

Les contrats les plus répandus sont ceux à cotisations périodiques : l'âge de souscription (entre 50 et 75 ans au maximum) entre en ligne de compte dans le montant de la cotisation au même titre que le montant de la rente souhaitée.

Plus rarement, certains assureurs proposent des contrats à cotisation unique. En contrepartie d'une somme versée une fois pour toutes par l'assuré à la souscription du contrat, l'assureur s'engage au versement d'une rente en cas de dépendance.

## **L'ASSURANCE DÉPENDANCE ET L'APA**

La loi du 20 juillet 2001 a instauré l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002. Celle-ci se substitue à l'ancienne prestation spécifique dépendance (PSD). Cette allocation est accessible aux personnes âgées à partir de 60 ans. Même si elle se révèle pratique dans certains cas, elle ne permet pas de faire face à toutes les dépenses liées à la perte d'autonomie.

Les montants attribués au titre de l'APA sont variables. Sont notamment pris en compte les besoins du demandeur selon son degré de dépendance, ses ressources, sa situation (résidence à domicile ou en établissement).

L'allocation personnalisée d'autonomie varie également selon les revenus des personnes âgées dépendantes. Très souvent, elle ne permet pas de couvrir le coût total des dépenses liées à la perte d'autonomie, mais, en moyenne, seul un tiers des besoins.

L'APA peut se cumuler avec les prestations de l'assurance dépendance.

## COUVERTURE DU RISQUE

Couverture du risque dépendance dans le cadre de la prévoyance individuelle

La couverture dépendance peut être assurée dans le cadre de contrats individuels à primes périodiques.

Ces primes garantissent une rente en cas d'état de dépendance reconnu par le médecin de l'organisme assureur. La dépendance la plus facilement couverte est la dépendance "lourde". En revanche, la dépendance partielle, voire psychologique (démence médicalement constatée), n'est que rarement garantie.

Le montant des rentes garanti est toutefois relativement faible par rapport aux besoins, du fait de souscriptions trop tardives en général (à partir de 60 ou 65 ans).

Des options peuvent également être ajoutées à ces contrats : services d'assistance ou capital optionnel.

### *Exemple de contrat individuel (données 2001)*

- adhésion à partir de 64 ans ;
- cotisation mensuelle : 58 € (soit 696 € par an)

*En cas de survenance de dépendance "lourde", versement d'un capital de 4 574 € et d'une rente mensuelle de 610 €.*

*Une dépendance "lourde" est caractérisée par le fait d'être incapable d'accomplir seul trois des quatre actes de la vie courante :*

- s'alimenter,
- se laver et se vêtir,
- se déplacer chez soi,
- se lever et se coucher.

## OPTION DÉPENDANCE ASSOCIÉE AUX CONTRATS DE RETRAITE PAR CAPITALISATION

Il existe des formules complémentaires dans le cadre des contrats de retraite par capitalisation : l'option dépendance. L'option dépendance, choisie au moment de la liquidation de la retraite, assure un doublement de la rente en cas de dépendance. Cette garantie peut être acquise en échange d'une légère augmentation de la cotisation retraite, durant la phase d'épargne, ou bien en contrepartie d'une diminution de la rente de départ, à la mise en place de la retraite.

Les particuliers peuvent également souscrire un contrat "d'épargne dépendance", permettant d'obtenir à partir du capital ainsi accumulé, une rente immédiate de dépendance.

## GARANTIE DÉPENDANCE DANS LE CADRE D'UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Dans le cadre des contrats collectifs de prévoyance, il est possible de souscrire une option dépendance, bénéficiant de la tarification avantageuse permise par les conditions de groupe et l'adhésion de populations plus jeunes en moyenne.

C'est ainsi que le groupe Usinor a été le premier à mettre en place une garantie dépendance à adhésion obligatoire, dans le cadre de son contrat de prévoyance de groupe.

*Accord du 30 décembre 1997, ratifié par les organisations syndicales en janvier 1998*

Ce contrat assure le relais du régime longue maladie-invalidité, avec le versement d'une rente viagère à partir de la date d'effet de la retraite, en cas de dépendance médicale constatée par le médecin de l'organisme assureur. Dans l'option de base, la rente est identique pour tous les bénéficiaires (230 € par mois) et financée par une cotisation uniforme, à la charge de l'employeur pour moitié.

Des options individuelles facultatives sont également prévues pour les salariés qui souhaitent augmenter la garantie ou assurer leur conjoint. A son départ à la retraite ou dans tout autre cas de départ du groupe Usinor, le salarié peut continuer à cotiser à titre individuel ; à défaut, il conserve un droit à une rente réduite.

Les contrats de dépendance sont exonérés de la taxe sur les conventions d'assurance et, ce, quel que soit l'âge de l'assuré au moment de la souscription du contrat.

*Réponse ministérielle n° 10692, Doligé du 29 juin 1998*

Le groupe Vivendi Water a également mis en place un contrat dépendance collectif à adhésion obligatoire pour ses salariés, en mars 2002.

Cet accord harmonise les garanties prévoyance entre les 14 établissements constituant la Générale des Eaux, et regroupant 14 000 salariés.

La garantie dépendance prévue est partiellement financée par l'employeur (28% de la cotisation annuelle totale de 33 €).

Elle prévoit, en cas de dépendance totale (classement GIR 1 ou 2, ou en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie avec l'assistance d'une tierce personne), le versement d'une allocation viagère mensuelle de 304 €, revalorisée sur le point AGIRC. Pour en bénéficier, il faut être considéré en incapacité de travail par la sécurité sociale.

Enfin, avec Autonovie, Malakoff Médéric donne la possibilité aux TPE et PME d'offrir à leurs salariés une couverture « intelligente » du risque de perte d'autonomie. Le groupe de protection sociale a pour cela choisi d'adapter et de commercialiser un produit collectif de l'OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance).

L'originalité principale d'Autonovie est d'être libellé en points, qui s'acquière en fonction des cotisations versées et de l'âge de l'assuré. Ces points se cumulent d'année en année, y compris s'ils sont acquis via des versions du contrat commercialisées par d'autres institutions membres de l'OCIRP que Malakoff Médéric (c'est la « portabilité des points »). Autre force d'Autonovie, le maintien viager du droit à rente, y compris en cas de survenue d'un état de dépendance postérieur aux périodes cotisées.

Sans sélection médicale, Autonomie garantit un complément de revenu à vie et revalorisé chaque année, y compris en cas de rupture du contrat de travail ou du départ en retraite. Autonomie offre, en effet, la possibilité de maintenir la protection à titre individuel en cas de départ de l'entreprise, au même tarif. Enfin, Autonomie permet au salarié de protéger son conjoint (marié, concubin ou pacsé) en l'inscrivant avant ses 60 ans.

Les assureurs sont très intéressés par les contrats collectifs, qui permettent de sensibiliser au risque dépendance une population plus large et plus jeune, et d'abaisser l'âge de souscription et donc le coût des garanties.

En tout état de cause, les risques supportés par les organismes assureurs étant importants, les organismes de contrôle (et notamment la Commission de Contrôle des Assurances) surveillent la réalité des tarifs et le niveau de provisionnement des assureurs dépendance.

### **GARANTIE DÉPENDANCE DANS LE CADRE D'UN ACCORD DE BRANCHE**

Un contrat collectif obligatoire couvrant le risque dépendance a été mis en place pour la première fois au niveau d'une branche professionnelle : pour les salariés des cabinets d'avocats, en décembre 2001.

- caractéristiques du contrat : à adhésion obligatoire, sans formalités médicales ;
- nombre de salariés couverts : 45 000 salariés des cabinets d'avocats et retraités ;
- entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> janvier 2002 ;
- financement : cotisation annuelle de 0,27% du salaire annuel brut, dont 0,10% à la charge de l'employeur (4,12 € par mois pour un salaire annuel de 18 293 €) ;
- garanties :
  - dépendance totale à hauteur de 1 200 € par mois,
  - dépendance partielle à hauteur de 600 € par mois,
  - services d'assistance (informations, aide ménagère, portage des repas, accompagnement dans les déplacements),
- définition de la dépendance : fondée sur les actes de la vie quotidienne (et non pas sur la grille AGGIR) ;
- bénéficiaires :
  - tous les salariés tombant en état de dépendance (à la suite d'une maladie ou d'un accident), quel que soit leur âge,
  - les conjoints des salariés peuvent adhérer à un tarif préférentiel,
  - les ex-salariés (démissionnaires ou licenciés) peuvent continuer à bénéficier du contrat, à condition qu'ils aient cotisé pendant plus de 8 ans.

## LES CONTRATS DÉPENDANCE PROPOSÉS PAR LES ASSUREURS

*(Source FFSA - n° 23 - Décembre 2005 - données de l'année 2004)*

La dépendance, où encore la perte d'autonomie, peut être couverte à partir de deux types de contrats d'assurance :

- les contrats de prévoyance pour lesquels la dépendance est la garantie principale. Ces contrats se caractérisent principalement par l'ouverture du droit à prestations (habituellement le versement d'une rente) dès la survenance du risque ;
- les contrats d'assurance vie pour lesquels la garantie principale est une garantie décès ou épargne-retraite et la couverture du risque dépendance correspond à une garantie complémentaire ou optionnelle.

Le nombre de personnes couvertes par un contrat dépendance auprès de l'ensemble des organismes d'assurance complémentaire - sociétés d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance - est estimé à 2,5 millions de personnes à la fin de l'année 2004.

Ce nombre est à rapprocher des 865 000 personnes âgées de 60 ans et plus qui sont bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à la même date (source DREES).

Pour ces contrats, l'analyse en termes de chiffre d'affaires n'est pas disponible, le montant des cotisations affectées au titre de la garantie dépendance étant généralement globalisé avec celle de la garantie principale du contrat.

A la fin de l'année 2004, ce sont près de 1,5 million de personnes qui sont couvertes par les assureurs par un contrat dépendance en garantie principale, soit un nombre en progression de 7% par rapport à celui atteint à la fin de l'année précédente.

Bien que supérieure à celle observée fin 2003 (+ 5%), cette croissance se situe à un niveau plus faible que ceux atteints au début des années 2000, période au cours de laquelle l'assurance dépendance a bénéficié des réflexions et des débats alimentés par les pouvoirs publics autour de la prestation spécifique dépendance (PSD) et qui ont donné lieu par la suite à la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les personnes couvertes en garantie principale par un contrat dépendance se répartissent pour 53% au titre des contrats à adhésion individuelle (contrats individuels et groupes ouverts) et pour 47% au titre des contrats collectifs souscrits dans le cadre de l'entreprise ou dans un cadre mutualiste. Depuis 1999 la part relative des contrats à adhésion individuelle a très nettement augmenté (+ 9 points).

Les cotisations versées par les assurés au titre des contrats offrant une garantie principale dépendance s'élèvent à 277,2 millions d'euros pour l'année 2004, en hausse de 10% par rapport à l'année 2003. Cette progression est très éloignée de celles enregistrées en 2000 et en 2001, années au cours desquelles les taux de progression dépassaient les 20%.

Enfin, il convient également de tenir compte des personnes couvertes protégées par un contrat dont la garantie dépendance est complémentaire ou optionnelle à un contrat d'assurance vie (épargne, retraite ou décès). Ces contrats sont difficilement dénombrables car souvent si le contrat offre la possibilité de souscrire la garantie dépendance, ce choix peut se faire au moment de la sortie du contrat.

## LA MOITIÉ DES PRODUITS ONT ÉTÉ CRÉÉS EN 2000 OU APRÈS

Tous les contrats dépendance «garantie principale» à adhésion individuelle toujours présents sur le marché à la fin de l'année 2004 dans vingt-deux sociétés, ont été créés il y a moins de 10 ans. Parmi les vingt-sept produits recensés plus de la moitié ont été créés en 2000 ou au cours des années suivantes.

Il convient cependant de noter que même si un contrat est créé une année, sa commercialisation effective peut avoir lieu seulement l'année suivante en raison d'une période de tests de commercialisation préalable dans certains points de vente par exemple.

Pour les produits dépendance «garantie principale» à adhésion individuelle toujours commercialisés à la fin de l'année 2004, une grande majorité d'entre eux ont été créés au cours de l'année 2000. A l'opposé l'année 1998 correspond au nombre de créations le plus faible.

Ainsi, l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 et l'instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001, ne semblent pas avoir eu d'influence immédiate sur ce secteur d'activité quant aux nombres de création de produits dépendance par les sociétés d'assurances.

On peut supposer que tous les débats autour de l'instauration de l'APA par les pouvoirs publics cette même année ont permis de sensibiliser la population au risque dépendance et à toutes les conséquences financières qui peuvent en découler.

Les années 1998 et 1999, qui font suite à l'année d'instauration de la PSD, représentent à elles deux un quart supplémentaire des personnes couvertes à titre individuel par un contrat dépendance «garantie principale» toujours commercialisé à la fin de l'année 2004.

Selon l'année de création des produits, des disparités apparaissent au niveau du montant de la cotisation moyenne annuelle pour les contrats à adhésion individuelle toujours ouverts aux affaires nouvelles en 2004.



## SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS CONTRATS

	<b>Contrats à adhésion obligatoire, d'entreprise ou de branche professionnelle</b>	<b>Contrats à adhésion facultative d'entreprise ou de branche professionnelle</b>
<b>Modalités d'adhésion</b>	Tous les salariés de l'entreprise ou relevant de la branche d'activité et entrant dans les catégories objectives définies au contrat, sont obligatoirement affiliés à l'organisme assureur.	Les salariés relevant du groupe ou des catégories professionnelles couvertes sont libres de s'affilier au contrat.
<b>Obligations de l'organisme assureur</b>	Après appréciation de la sinistralité du groupe, l'assureur peut refuser de le couvrir. Toutefois dès lors qu'il a accepté il est obligé de garantir l'ensemble des salariés constituant le groupe. Par la suite, l'organisme assureur gère le groupe collectivement, ainsi que le tarif.	L'assureur peut opérer une sélection médicale et refuser d'assurer certains salariés présentant des pathologies antérieures, strictement et clairement exclues des risques garantis. Après deux ans dans le contrat, l'assureur ne peut exclure un assuré ni augmenter sa cotisation à titre individuel.
<b>Traitement fiscal</b>	<b>(contrats obligatoires)</b>	<b>(contrats facultatifs)</b>
<b>des cotisations</b>	Nouveau régime fiscal : les cotisations (salariales et patronales) aux régimes de prévoyance obligatoires pour l'année sont déductibles du revenu imposable dans la limite de la somme de : 3% du salaire annuel brut + 7% du PASS. Cette somme totale ne pouvant excéder 3% de 8 PASS soit <b>8 484,48 €</b> en <b>2011</b> pour chaque personne du foyer fiscal. L'excédent éventuel est réintégré dans le revenu imposable.	Les cotisations payées par le salarié ne sont pas déductibles de son revenu imposable. Les cotisations payées par l'entreprise ou le comité d'entreprise sont déductibles au titre des charges sous certaines conditions (voir Chapitre II) mais doivent être réintégréées dans le revenu imposable du salarié.
<b>des prestations</b>	Les prestations perçues par le salarié sont taxables à l'impôt sur le revenu, à l'exception du capital décès et des remboursements de soins de santé.	Les prestations perçues par le salarié sont totalement exonérées d'impôt sur revenu.

	<b>Contrats à adhésion obligatoire, d'entreprise ou de branche professionnelle</b>	<b>Contrats à adhésion facultative d'entreprise ou de branche professionnelle</b>
<b>Traitement social des contrats obligatoires</b>		
<b>des cotisations</b> <i>(Modifié par décret n° 2005-435 du 09/05/05 JO du 10/05/05)</i>	Les contributions des employeurs sont exonérées de cotisations sociales, dans la limite, pour chaque assuré, de 6% du montant du plafond de la sécurité sociale plus 1,5% de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale déduction faite de la part patronale des cotisations aux prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumise à cotisations de sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 12% du montant de plafond (soit <b>4 242 €</b> en <b>2011</b> ). L'excédent éventuel est soumis à cotisations de sécurité sociale.	Les cotisations versées par l'entreprise ou le comité d'entreprise, sont soumises à l'ensemble des charges sociales.
<b>des prestations</b>	Les prestations ne sont pas soumises à cotisations sociales, mais sont soumises à CSG et CRDS (à l'exception du capital décès).	Les prestations ne sont pas soumises à cotisations sociales, mais sont soumises à CSG et CRDS.

## COUVERTURE PAR L'ASSUREUR

---

### *de ses engagements par la constitution de provisions suffisantes*

Nonobstant les dispositions du code de commerce relatives aux comptes sociaux, l'entreprise d'assurance établit, pour chaque contrat, une comptabilité auxiliaire d'affectation.

*Article L. 142-2 du Code des assurances (inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 - JO du 27 juillet 2005)*

En cas d'insuffisance de représentation des engagements d'un contrat, l'entreprise d'assurance parfait cette représentation par apport d'actifs représentatifs de ses réserves ou de ses provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Lorsque le niveau de la représentation de ses engagements relatifs à ce contrat le permet, l'entreprise d'assurance réaffecte des actifs du contrat à la représentation d'autres réserves ou provisions.

*Article L. 142-3 du Code des assurances (inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 - JO du 27 juillet 2005)*

Un décret en Conseil d'Etat précise les règles techniques ainsi que les conditions d'application de présent chapitre, notamment les cas où, nonobstant l'article L. 132-23, les contrats sont ou non rachetables ou transférables.

*Article L. 142-4 du Code des assurances (inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 - JO du 27 juillet 2005)*

## PROVISIONS POUR LE RISQUE INCAPACITÉ / INVALIDITÉ

Depuis la loi Evin du 31 décembre 1989, tous les organismes assureurs sont tenus d'assurer la gestion des risques de prévoyance selon la technique des capitaux de couverture. C'est-à-dire, qu'en permanence, ils doivent avoir en réserve les sommes permettant de payer toutes les prestations dues au titre des événements garantis et, ce, jusqu'à leur terme normal, quelles que soient les évolutions économiques ou financières rencontrées par l'assureur.

### PROVISIONS À CONSTITUER

#### Provisions pour sinistres à payer

Sinistres de l'exercice en cours, ou restant à régler à la clôture de l'exercice.

## Provisions mathématiques pour les prestations périodiques et les rentes

Ces provisions mathématiques représentent la valeur actuelle probable des prestations que l'organisme assureur doit verser au titre des événements survenus au cours de l'exercice. L'actualisation des prestations futures à verser est faite en tenant compte d'un taux d'intérêt précompté sur produits financiers, appelé taux technique. La loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 art. 14 (Journal Officiel du 16 décembre 2005) fixe les règles de provisionnement pour toutes les catégories d'organismes assureurs dans l'article A 331-22 du Code des assurances.

### Trois catégories de provisions sont distinguées

- les provisions concernant les prestations d'incapacité en cours de service ;
- les provisions correspondant aux rentes d'invalidité susceptibles d'intervenir et afférentes aux prestations d'incapacité en cours de service ;
- les provisions correspondant aux rentes d'invalidité en cours de service.

Le calcul de chacune de ces provisions est effectué à l'aide de trois tables spécifiques, annexées à l'arrêté :

- table de maintien en incapacité temporaire de travail ;
- table de maintien en invalidité ;
- table de passage d'incapacité en invalidité.

***L'article A 331-22 du Code des assurances prévoit qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1997, les provisions doivent être calculées sur la base :***

- des lois de maintien en incapacité de travail et invalidité fixées par l'arrêté du 28 mars 1996 ;
- d'un taux d'actualisation qui ne peut dépasser 75% du Taux Moyen des Emprunts d'Etat (TME sur les emprunts d'Etat à 10 ans), sans pouvoir dépasser 4,50%.

Il s'agit donc d'une référence variable, évoluant au rythme de la rémunération offerte sur les emprunts d'Etat.

Le taux plafond (75% du TME) était égal à :

- 3% en janvier 2005 ;
- 3,25% en janvier 2008 ;
- 3,20% en janvier 2009 ;
- 2,70% en janvier 2010 ;
- 2,54% en janvier 2011.

L'arrêté du 28 mars 1996, dont est issu cet article précise que l'effet du passage aux nouvelles lois peut être étalé sur 5 ans au plus, la mise en conformité devant donc être effective le 31 décembre 2001 au plus tard. L'arrêté prévoit également la possibilité pour les assureurs d'utiliser leurs propres tables «d'expérience», sous réserve que ces tables soient certifiées par des actuaires indépendants.

## CATÉGORIES D'ORGANISMES ASSUREURS

---

### ENTREPRISES RÉGIÉS PAR LE CODE DES ASSURANCES

Les sociétés d'assurances sont sous la tutelle du Comité des entreprises d'assurance et de la Commission de contrôle des assurances.

Le Comité des entreprises d'assurance est chargé d'accorder les autorisations ou dérogations individuelles prévues par les dispositions législatives et réglementaires applicables aux entreprises d'assurance et aux entreprises mentionnées à l'article L. 310-1-1, à l'exception de celles relevant de la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Les sociétés d'assurances peuvent intervenir dans une ou plusieurs branches d'assurances (une habilitation est à demander pour chaque branche).

Trois branches d'activité sont concernées par la prévoyance collective :

■ **branche 1 accidents :**

décès accidentel, incapacité de travail et invalidité lorsque la couverture de ces risques n'est pas accessoire au décès ;

■ **branche 2 maladie :**

remboursement de soins de santé ;

■ **branche 20 vie-décès :**

couverture du risque décès et, à titre accessoire et moyennant le paiement d'une cotisation distincte, couverture de l'incapacité de travail professionnelle, du décès accidentel ou de l'invalidité à la suite d'accident ou de maladie.

Les branches 1 et 2 sont assurées par les entreprises d'assurance "non vie", la branche 20 par les compagnies d'assurance vie.

Théoriquement, une même entreprise d'assurance ne peut pratiquer à la fois des opérations vie et non vie.

Deux dérogations sont toutefois prévues :

■ l'incapacité, le décès accidentel et l'invalidité, dommages corporels que seule une compagnie d'assurance non vie peut normalement pratiquer, peuvent être assurés par une entreprise d'assurance vie, lorsqu'ils sont accessoires à un contrat d'assurance vie ;

■ depuis 1994, une même entreprise d'assurance peut couvrir tous les risques liés à la personne humaine (dans les trois branches), cette compagnie étant alors qualifiée de «mixte» (un agrément spécifique doit alors être demandé).

Les entreprises d'assurance mixtes sont tenues de gérer de façon distincte ces deux activités : comptabilité séparée, marges de solvabilité calculées distinctement et gestion différenciée des actifs financiers, les engagements pris n'étant pas de même nature selon les risques couverts.

Une compagnie d'assurance doit être agréée pour l'une de ces trois branches pour offrir aux assurés des garanties de prévoyance complémentaire.

## AGRÉMENT

L'activité d'assurance est une activité réglementée qui ne peut être exercée sans que la société d'assurance ait obtenu un agrément administratif. Pour les opérations d'acceptation en réassurance, cet agrément n'est pas exigé. L'agrément est accordé sur demande de l'entreprise, pour les opérations d'une ou plusieurs branches d'assurance. L'entreprise ne peut pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

L'agrément d'une compagnie d'assurances est subordonné à la fourniture des informations suivantes :

- la définition du champ d'intervention de la compagnie : branches d'activité, pays d'exercice de l'activité ;
- les modalités d'administration et de fonctionnement : statuts, assemblée générale constitutive, liste des membres du conseil d'administration et des directeurs ;
- l'élaboration d'un programme d'activité : note technique exposant le mode de détermination des tarifs et les bases de calcul des cotisations, description de l'organisation administrative et commerciale, principes en matière de réassurance ;
- prévisions d'activité à 5 ans faisant notamment ressortir la capacité de la compagnie à alimenter sa marge de solvabilité au fur et à mesure du développement de ses opérations ;
- la justification des éléments constituant le fonds de garantie.

L'instruction de chaque dossier est réalisée par un commissaire contrôleur des assurances et porte notamment sur la solvabilité à court et moyen terme de la compagnie (capacité à disposer des fonds propres suffisants ou, le cas échéant, de les mobiliser), sur l'adéquation entre les moyens techniques et financiers dont elle peut disposer au regard de son programme d'activité ainsi que sur l'honorabilité, la qualification et l'expérience professionnelle des personnes chargées de la diriger.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-39, l'agrément administratif prévu aux articles L. 321-1, L. 321-1-1, L. 321-7, L. 321-9 et L. 143-3 peut être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel en cas d'absence prolongée d'activité, de rupture de l'équilibre entre les moyens financiers de l'entreprise et son activité ou, si l'intérêt général l'exige, de changements substantiels affectant la répartition de son capital, la qualité des actionnaires ou la composition des organes de direction. Il peut également être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel lorsque les engagements mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 321-10 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 321-10-1 ne sont plus respectés alors que la situation de l'entreprise justifie leur maintien.

*Article L. 325-1 du Code des Assurances*

Cette décision est publiée au Journal Officiel. Elle a pour conséquence à dater de sa publication :

- la dissolution de la compagnie d'assurances si celle-ci est française ;
- la liquidation de l'actif et du passif s'il s'agit d'une compagnie étrangère.

## CHAMP D'INTERVENTION

Une compagnie d'assurance peut contracter aussi bien avec une personne morale (contrat souscrit par un employeur au profit de ses salariés), que des personnes physiques (contrats individuels souscrits par des salariés, non salariés, retraités, ...).

Une compagnie peut s'adresser à l'ensemble des entreprises et des assurés pour leur proposer les garanties correspondant aux branches d'activité pour lesquelles elle a été agréée, sauf à ce que la société d'assurance, dans ses statuts, ait limité son intervention à un secteur d'activité déterminé.

## TYPES DE SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

On rencontre deux catégories de sociétés d'assurances :

- sociétés anonymes relevant de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Les sociétés d'assurance, constituées sous la forme de sociétés anonymes, doivent avoir un capital social au moins égal à un montant fixé par décret pour chaque branche pratiquée.

*Articles R. 322-5 et R 322-11 du Code des Assurances*

Elles fonctionnent selon les règles classiques prévues pour toutes les sociétés anonymes.

- sociétés d'assurance mutuelles.

Les sociétés d'assurance mutuelles sont des sociétés de personnes qui ont un objet non commercial. Elles sont constituées pour assurer les risques apportés par leurs sociétaires.

Moyennant le paiement d'une cotisation fixe ou variable, elles garantissent à ces derniers le règlement intégral des engagements qu'elles contractent.

Les sociétés d'assurance mutuelles pratiquant les opérations d'assurance sur la vie ou de capitalisation ne peuvent recevoir de cotisations variables.

Les sociétés mutuelles d'assurance peuvent prévoir dans leurs statuts la possibilité d'accepter en réassurance des risques de même nature que ceux qui font l'objet de leur garantie directe, à la condition de limiter le montant des cotisations acceptées en réassurance au quart de leurs cotisations d'assurance directe.

Ces sociétés fonctionnent sans capital social mais avec un fonds social d'établissement.

*Article L. 322-26-4 du Code des Assurances*

Elles doivent avoir au moins 500 adhérents.

Cette définition reprend bien les caractères traditionnels de la mutualité et met en relief les caractères généraux des sociétés d'assurance mutuelles.

### **Finalité**

À la différence d'un actionnaire dans une société anonyme, le sociétaire d'une société d'assurance mutuelle ne possède aucun droit de propriété dans le capital, faute de capital, ni aucun droit sur l'actif libre, faut d'apport en capital lui donnant droit à un certain nombre de parts sociales.

Les sociétés d'assurance mutuelles n'ont donc pas pour objectif de faire du profit, mais de fournir aux sociétaires le service d'assurance le meilleur et au meilleur prix.

### **Caractère civil**

La loi confirme que les sociétés d'assurance mutuelles ont un objet non commercial et le fait qu'elles puissent dégager des excédents n'affecte pas ce caractère non commercial. Elles ne sont pas immatriculées au Registre du Commerce et des Sociétés.

### **Objet**

Ces sociétés ont pour objet exclusif d'assurer les risques des adhérents et non ceux des tiers non adhérents. Les adhérents ont la double qualité de sociétaire et d'assuré.

### **Cotisations et engagements**

Selon les statuts, la société peut être à cotisation fixe (c'est-à-dire fixée à l'avance pour un exercice) ou à cotisation variable (c'est-à-dire avec possibilité de rappel en cas d'insuffisance à la clôture de l'exercice). Cette seconde possibilité, qui constitue une sécurité financière complémentaire pour la société, n'est pas ouverte aux sociétés pratiquant les opérations d'assurance sur la vie ou les opérations de capitalisation. Les engagements demeurent non réductibles en fonction des résultats de l'exercice, sauf cas de force majeure prévu à l'article R. 322-78 du Code des assurances, sur autorisation de l'autorité de contrôle.

### **Sociétés de personnes sans capital**

À la différence des sociétés anonymes (sociétés de capitaux), les sociétés d'assurance mutuelles sont des sociétés de personnes (physiques ou morales) qui fonctionnent sans actions et sans capital social proprement dit.

Le capital social est remplacé par un fonds d'établissement constitué par les sociétaires ou par emprunt.

### Situation des adhérents

L'adhérent est à la fois sociétaire et assuré. Les sociétés d'assurance mutuelles sont la propriété collective des sociétaires. Les excédents des exercices appartiennent aux sociétaires assurés, alors qu'ils appartiennent aux actionnaires dans une société anonyme.

### Contrôle et direction

Ces sociétés sont contrôlées par des administrateurs, sociétaires eux-mêmes, élus en assemblée générale (et non par des administrateurs, propriétaires du capital ou mandataires des propriétaires).

### Principe de fonctionnement

Les sociétaires sont soumis au principe d'égalité : aucun traitement préférentiel, tarifaire ou autre, ne peut être accordé à l'un d'entre eux. La rémunération des dirigeants est étroitement réglementée : elle ne peut être calculée en fonction du chiffre d'affaires de la société. L'assurance des adhérents leur est distribuée au meilleur coût, et non au meilleur prix pour la société.

La dénomination mutualiste est protégée : les organismes relevant du code des assurances, autorisés à utiliser dans leur nom ou leur raison sociale le terme «mutuelle», doivent obligatoirement lui associer celui «d'assurance». Cette protection est appliquée de façon stricte par les tribunaux.

### Financement des sociétés d'assurance mutuelles

Outre les cotisations versées par les adhérents, qui permettent de régler les sinistres, de constituer les provisions légales et de couvrir leurs frais de gestion, les sociétés d'assurance mutuelles peuvent également être financées au moyen d'emprunts et de titres participatifs.

Si les sociétés anonymes peuvent librement recourir à l'emprunt, les sociétés d'assurance mutuelles ne peuvent le faire que dans les cas énumérés à l'article R. 212-1 du Code de la mutualité, c'est-à-dire pour constituer leur fonds d'établissement et éventuellement leur fonds social et leur fonds de développement.

Le montant du fonds d'établissement est au moins égal à la moitié du capital social exigé pour les sociétés anonymes et varie en fonction des risques assurés par la société :

- 381 000 € pour les branches vie, décès, assurances liées à un fonds d'investissement, nuptialité, natalité, capitalisation, gestion de fonds collectif, rentes viagères, épargne, réassurance, responsabilité civile, crédit, caution ;
- 228 600 € pour les autres branches.

Dans la mesure où leurs statuts le prévoient, les sociétés d'assurance mutuelles peuvent constituer, grâce à un emprunt souscrit auprès des sociétaires, un fonds social complémentaire destiné à leur procurer les éléments de solvabilité dont elles doivent disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

Les sociétés d'assurance mutuelles peuvent également emprunter pour assurer le développement de leurs opérations et le financement de leur production nouvelle. Les emprunts contractés dans ce cadre, doivent être remboursés par prélèvement sur les excédents de recettes.

### **Règles de gestion financière**

Les excédents de recettes ne peuvent être distribués aux sociétaires qu'après constitution de la marge de solvabilité et des provisions obligatoires et amortissement intégral des dépenses d'établissement des trois premiers exercices.

Dans le cas d'un actif net inférieur à la moitié du fonds d'établissement, le conseil d'administration doit convoquer une assemblée générale à l'effet de statuer sur la dissolution éventuelle de la société.

Depuis 1994, une même société d'assurance peut assurer à la fois des risques vie et non vie : ce sont alors des sociétés "mixtes".

### **Taxe sur le chiffre d'affaires santé**

*Article 995 du Code général des impôts*

Les compagnies d'assurances étaient soumises à une taxe de 7% sur leur chiffre d'affaires "santé" (contrats de remboursement de frais médicaux), contrairement aux institutions de prévoyance et aux mutuelles. La loi de finances rectificative pour 2001 (20/12/2001 - JO du 29/12/01) exonère, quel que soit l'organisme assureur, tous les contrats d'assurance maladie « solidaires », ceux pour lesquels il n'est pas effectué de sélection médicale à l'entrée et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Cette exonération de taxe concerne :

- les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ;
- les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (un questionnaire médical peut donc être exigé pour ces contrats, mais le taux de cotisation doit être identique pour tous les assurés).

Les organismes doivent impérativement prévoir, dans le cahier des charges annexé au contrat d'assurance, l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises sur médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports, sous peine de se voir priver du bénéfice de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance.

La loi de finances pour 2011 (adoptée le 15 décembre 2010), assujettit les contrats solidaires et responsables de complémentaire santé à la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) au taux réduit de 3,5%.

## MARGE DE SOLVABILITE

---

### DEFINITION

La marge de solvabilité est le montant de capitaux réglementaires qu'une entreprise d'assurance est tenue de détenir pour faire face aux événements imprévus. Les exigences de marge de solvabilité sont en place depuis les années 1970.

La marge de solvabilité, ou de sécurité, est définie comme l'ensemble des ressources constituées par le capital social ou le fonds d'établissement (selon le type d'organisme assureur) et les réserves libres, destinées à pallier une insuffisance des provisions techniques.

L'insuffisance de provisions peut résulter :

- soit de la mauvaise appréciation des éléments de l'élaboration du tarif ;
- soit d'une évolution de la sinistralité du groupe assuré supérieure à celle qui avait été estimée dans la tarification initiale ;
- soit d'une mauvaise gestion financière des actifs mobiliers et immobiliers représentatifs des provisions techniques ;
- soit d'une nouvelle réglementation ou d'une nouvelle jurisprudence venant alourdir les engagements de l'organisme assureur.

Cette marge de solvabilité est destinée à protéger les assurés et à leur garantir qu'à tout moment et en toutes circonstances l'organisme assureur pourra faire face aux engagements qu'il a consentis à leur égard, malgré les aléas que comporte nécessairement toute activité d'assurance.

Les compagnies d'assurances, les institutions de prévoyance, les mutuelles et les unions doivent :

- constituer des provisions techniques dont le niveau leur permet d'assurer le règlement intégral de leurs engagements ; ces provisions techniques figurent au nombre des engagements réglementés ;
- détenir des actifs d'un montant au moins équivalent aux engagements réglementés, dont elles doivent à tout moment justifier une évaluation ;
- disposer, à tout moment, d'une marge de solvabilité.

La constitution d'une marge de solvabilité est obligatoire quelle que soit la taille de l'organisme assureur.

Depuis les directives assurances de troisième génération, adoptées dans les années 1990, il est apparu que les règles de solvabilité de l'UE devraient être révisées et qu'un examen plus fondamental et plus large de la situation financière globale d'une entreprise d'assurance était nécessaire. La marge de solvabilité prendra en considération les développements récents en matière d'assurance, de gestion des risques, de techniques financières, de normes comptables internationales (IFRS) et de normes prudentielles, etc.

## L'EXIGENCE DE SOLVABILITÉ DES ORGANISMES SE DÉFINIT DE LA MANIÈRE SUIVANTE

- pour une mutuelle ou union, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité mentionné aux articles R. 212-12, R. 212-14, R. 212-16 et R. 212-19 du Code de la mutualité ;
- pour une institution ou union relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité mentionné aux articles R. 931-10-4, R. 931-10-7 et R. 931-10-10 du code de la sécurité sociale ;
- pour une entreprise agréée en France et soumise au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1 du code des assurances, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité décrit aux articles R. 334-5, R. 334-6, R. 334-13, R. 334-14, R. 334-19 et R. 334-20 du code des assurances ;
- pour une entreprise de réassurance ou pour un organisme assureur dont le siège est situé hors de France, elle correspond à une exigence de solvabilité calculée dans les mêmes conditions que la marge de solvabilité pour les risques assimilables, le résultat ainsi obtenu ne pouvant être inférieur à celui qui serait résulté de l'application de ces règles à un organisme assureur agréé en France ;
- pour une mutuelle ou union participante dont les participations sont détenues au travers d'une société de groupe d'assurance, l'exigence de solvabilité ajustée de cette dernière est égale à zéro.

*Décret n° 2005-244 du 14 mars 2005 - JO du 18 mars 2005*

Courant 2005, plusieurs décrets ont modifié certaines dispositions :

- du Code des assurances relatives aux éléments constitutifs de la marge de solvabilité ;
- du Code de la mutualité relative à la surveillance complémentaire des mutuelles ou des unions de mutuelles appartenant à un conglomérat financier ;
- du Code de la sécurité sociale relative à la surveillance complémentaire des institutions de prévoyance ou des unions d'institutions de prévoyance appartenant à un conglomérat financier et modifiant le code de la sécurité sociale

## LE RAPPORT DE SOLVABILITÉ

La loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, modifiée par la loi n° 99-532 du 25 juin 1999, impose aux entreprises d'assurance et aux institutions de prévoyance d'établir, à la clôture de chaque exercice, un rapport sur leur solvabilité. Les mutuelles pratiquant des opérations d'assurance sont soumises à la même obligation depuis l'entrée en vigueur du nouveau Code de la mutualité en 2002.

Adopté par le conseil d'administration ou le directoire, qui engage ainsi sa responsabilité sur son contenu, ce document doit permettre de renforcer le contrôle interne pour garantir la solvabilité sur le long terme des organismes.

Le rapport de solvabilité expose les conditions dans lesquelles l'organisme garantit, par la constitution des provisions techniques suffisantes dont les modalités de calcul et les hypothèses retenues sont explicitées et justifiées, les engagements qu'il prend à l'égard des membres participants, de leurs ayants droit ou des organismes réassurés, rappelle les orientations retenues en matière de placements, présente et analyse les résultats obtenus et indique si la marge de solvabilité est constituée conformément à la réglementation applicable.

Il contient obligatoirement une analyse des conditions dans lesquelles l'organisme est en mesure, à moyen et long terme, de faire face à l'ensemble de ses engagements. Ce rapport est communiqué aux commissaires aux comptes, ainsi qu'à l'Autorité de contrôle prudentiel.

Instrument de pilotage pour le conseil d'administration ou le directoire, le rapport de solvabilité est en même temps une source d'informations utile pour l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) dans sa mission de surveillance de la solvabilité des organismes d'assurance dans l'intérêt des assurés.

Cette double fonction fait de ce rapport une pièce essentielle de la bonne gouvernance des organismes d'assurance.

## **CODE DES ASSURANCES**

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration ou le directoire établit un rapport de solvabilité écrit. Ce rapport expose les conditions dans lesquelles l'entreprise garantit, par la constitution des provisions techniques suffisantes dont les modalités de calcul et les hypothèses retenues sont explicitées et justifiées, les engagements qu'elle prend à l'égard des assurés ou des entreprises réassurées, rappelle les orientations définies en matière de placements, présente et analyse les résultats obtenus et indique si la marge de solvabilité est constituée conformément à la réglementation applicable. Le rapport de solvabilité contient obligatoirement une analyse des conditions dans lesquelles l'entreprise est en mesure, à moyen et long terme, de faire face à l'ensemble de ses engagements.

Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux entreprises mentionnées au 1° de l'article L. 310-2 et à l'article L. 310-1-1, ainsi qu'aux succursales des entreprises étrangères mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 310-2. Pour ces dernières, le rapport de solvabilité est établi par le mandataire général représentant la société.

Le rapport de solvabilité mentionné au premier alinéa est communiqué aux commissaires aux comptes et à l'Autorité de contrôle prudentiel.

*Article L322-2-4 Modifié par Ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 - art. 18 (V)*

## **CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

*Article L. 931-13-1 modifié par Ordonnance n°2006-344 du 23 mars 2006 - art. 3 JORF 24 mars 2006*

Les dispositions de l'article L. 322-2-4 du Code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance.

## **CODE DE LA MUTUALITÉ**

Ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 relative au Code de la mutualité et transposant les directives 92/49/CEE et 92/96/CEE

**ARTICLE L.114-17**

*Modifié par Loi n° 2010-1249 du 22 octobre 2010 – Article 32 dispositions sont applicables aux exercices clos à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010*

*Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme....A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale...*

*Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle, l'union ou la fédération fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.*

*Il établit également, lorsque la mutuelle ou l'union relève du livre II, le rapport de solvabilité visé à l'article L. 212-3 et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L. 212-6.*

**ARTICLE L. 212-3**

*Modifié par loi n° 2010-737 du 1<sup>er</sup> janvier 2010 – Article 32*

*Le rapport de solvabilité établi par le conseil d'administration conformément à l'article L. 114-17 expose les conditions dans lesquelles l'organisme garantit, par la constitution des provisions techniques suffisantes dont les modalités de calcul et les hypothèses retenues sont explicitées et justifiées, les engagements qu'il prend à l'égard des membres participants et de leurs ayants droit, rappelle les orientations retenues en matière de placements, présente et analyse les résultats obtenus et indique si la marge de solvabilité est constituée conformément à la réglementation applicable. Le rapport de solvabilité contient obligatoirement une analyse des conditions dans lesquelles l'organisme est en mesure, à moyen et long terme, de faire face à l'ensemble de ses engagements. Ce rapport est communiqué aux commissaires aux comptes, ainsi qu'à l'Autorité de contrôle prudentiel.*

**Article L. 213-1**

*Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait, pour tout président, administrateur et dirigeant d'une mutuelle ou d'une union régie par les dispositions du présent livre, de ne pas établir, pour chaque exercice, le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 et l'état annuel relatif aux plus-values latentes prévu à l'article L. 212-6.*

## OBLIGATION D'INFORMATION

---

### OBLIGATION LÉGALE D'INFORMATION DE L'ENTREPRISE

L'employeur est tenu de remettre à chaque salarié, lors de la mise en place de la ouverture, une notice d'information détaillée définissant les garanties de prévoyance et leurs modalités d'application, sous peine de voir sa responsabilité financière engagée (articles L. 141-4 du Code des assurances et L. 932-6 Code de la sécurité sociale). Les modifications ou réductions de garantie en cours de contrat doivent également faire l'objet d'une information écrite, de même que l'obligation de maintien des droits (portabilité des droits) en matière de prévoyance et de complémentaire santé pour les salariés dont le contrat de travail est rompu.

Une obligation légale d'information de l'entreprise s'impose à l'organisme assureur.

Par ailleurs, l'article 15 de la loi Evin impose à l'organisme assureur de remettre chaque année à l'entreprise, une information complète sur les comptes du régime, de la convention ou du contrat, dont le contenu est fixé par décret. Ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent.

S'il en fait la demande, le comité d'entreprise peut également obtenir ce rapport de l'employeur.

Le champ d'application de ce texte a été étendu à l'ensemble des garanties complémentaires des salariés énumérées à l'article L. 911-2 du Code de la sécurité sociale (article 14 III - 4° de la loi du 8 août 1994), c'est-à-dire à tous les régimes de prévoyance et de retraite collectifs, qu'ils soient à adhésion obligatoire ou facultative.

Après l'ordonnance n° 2006-344 du 23 mars 2006, l'article L. 911-2 du Code de la sécurité sociale est rédigé comme suit :

*« Les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 ont notamment pour objet de prévoir, au profit des salariés, des anciens salariés et de leurs ayants droit, la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière ».*

Tous les organismes assureurs sont tenus par cette obligation : compagnies d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles.

L'article 15 de la loi Evin a été complété par l'article 68 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, qui prévoit que "ce rapport doit présenter, en termes clairs et précis, la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporter une justification de leur caractère prudent".

Le rapport mentionné à l'article 15 indique :

- le montant des cotisations ou primes brutes de réassurance ;
- le montant des prestations payées, brutes de réassurance ;
- le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré ;

- la quote-part de :
  - produits financiers nets,
  - commissions,
  - autres charges,
  - participation aux résultats,
  - résultat de la réassurance,
  - le nombre de salariés garantis.

L'organisme assureur adresse le rapport au chef d'entreprise deux mois au plus tard, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

*Décret n° 90-769 du 30 août 1990*

De plus, à la demande du comité d'entreprise, ou à défaut des délégués du personnel, le chef d'entreprise leur présente le rapport chaque année.

*Article L. 2323-49 du Code du travail*

L'objectif de cet ajout est de permettre à l'entreprise de disposer des informations nécessaires sur les provisions constituées par l'organisme assureur, afin de couvrir les engagements qu'il a vis-à-vis des assurés.

Il s'agissait en cette matière de mettre la réglementation française en concordance avec l'article 18 de la Directive Européenne n° 92-96 du 10 novembre 1992, qui prévoit que l'organisme assureur doit fournir les bases et les méthodes utilisées pour l'évaluation des provisions constituées.

Deux arrêts récents de la Cour de cassation apportent des précisions sur l'obligation d'information des salariés pesant sur l'employeur ayant souscrit un contrat d'assurance groupe.

En cas de souscription à une assurance groupe, l'employeur doit, en effet, remettre aux salariés une notice d'information, établie par l'assureur, définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

À défaut, le salarié peut demander à son employeur des dommages et intérêts en réparation du préjudice subi. Quant à l'employeur, il peut être condamné à assurer la charge des prestations en lieu et place de l'assureur.

L'importance des intérêts en jeu explique que les précisions apportées par la Cour de cassation sur l'obligation d'information à la charge de l'employeur soient particulièrement attendues.

Dans la première affaire, un salarié avait adhéré, lors de son embauche, au régime de prévoyance de l'entreprise mais n'avait reçu aucune notice d'information, une telle information n'étant pas obligatoire à cette date. Son bulletin d'adhésion renvoyait seulement, pour la définition des garanties, au protocole d'accord conclu pour la mise en place du régime. Les salariés avaient cependant reçu par la suite, lors de chaque changement d'organisme assureur, des documents les informant des garanties souscrites. À la suite d'un accident, le salarié avait demandé à bénéficier des garanties prévues par le régime en cas d'invalidité absolue et définitive. Il s'était heurté au refus de l'organisme assureur qui avait estimé que son état ne correspondait pas à la définition de l'invalidité absolue et définitive prévue par le contrat d'assurance groupe.

Le salarié avait alors saisi la justice d'une demande de dommages et intérêts pour manquement de l'employeur à son obligation d'information lors de son adhésion et obtenu gain de cause. La Cour de cassation, dans un arrêt du 12 mars 2008, juge que si l'employeur est tenu de mettre à la disposition de l'assuré la notice, son obligation d'information va bien au-delà. Elle considère, en effet, que l'employeur est tenu à « une obligation d'information et de conseil », qui l'amène à compléter la notice lorsque celle-ci ne permet pas une information suffisante.

Dans la seconde affaire, un salarié avait adhéré à l'assurance groupe couvrant le risque décès souscrite par son employeur, sans qu'il lui soit remis de notice d'information. Après son décès à la suite d'un accident de deltaplane, l'assureur avait refusé de verser à sa veuve le capital décès au motif que de ce type d'accident était expressément exclu de la garantie. La veuve du salarié avait alors assigné la compagnie d'assurance en justice. La Cour d'appel avait condamné l'assureur, sous la garantie de l'employeur, à verser le capital décès à la veuve de l'adhérent en raison de l'absence de remise de la notice d'information. Pour les juges du fond, l'employeur, pour justifier l'absence de remise de la notice au salarié, ne pouvait pas se contenter de dire qu'il n'avait été en possession de cette notice et qu'il lui appartenait, le cas échéant, de la réclamer à l'assureur.

C'est la mise en cause de l'employeur condamné à verser le capital décès en lieu et place de l'assureur qui est censurée par la Cour de cassation. Selon la Cour Suprême, la Cour d'appel ne pouvait pas condamner l'employeur à garantir le versement du capital décès sans avoir au préalable établi que l'assureur « avait effectivement rédigé une telle notice et l'avait adressé au souscripteur afin qu'il la remette à ses adhérents ». Il semblerait donc que l'employeur ne puisse pas être tenu responsable du défaut de rédaction et de mise à sa disposition de la notice d'information imputable à l'organisme assureur.

*Cass. soc., 12 mars 2008, pourvoi n° 07-40.665 et Cass. civ. 2, 15 mai 2008, pourvoi n° 07-14.354*

Dans une décision du 17 mars 2010, la cour de cassation vient rappeler aux employeurs les conséquences notamment financières des manquements à l'obligation d'information.

Une entreprise avait souscrit un contrat groupe de prévoyance et invalidité qui prévoyait notamment la prise en charge des salariés en invalidité jusqu'à l'âge de 65 ans. La société avait changé de société d'assurance, ce qui avait eu pour conséquence d'abaisser l'âge maximal de prise en charge des salariés en invalidité de 65 ans à 60 ans.

Suite à son licenciement pour inaptitude, un salarié qui subit les conséquences de la modification de la prise en charge du risque invalidité, demande aux juges de condamner l'employeur à réparer le préjudice subi au motif que l'employeur l'avait incomplètement informé sur les conséquences de la modification de la prise en charge de son invalidité.

La Cour de cassation, confirmant la décision de la cour d'appel, indique que l'employeur, en sa qualité de souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe, a le devoir de faire connaître de façon très précise au salarié ses droits et obligations, ainsi que les modifications ultérieures du contrat. De plus l'employeur, tenu d'un devoir d'information et de conseil, est responsable à ce titre des conséquences d'une information incomplète ayant conduit le salarié à l'ignorance de l'étendue de ses droits à un moment utile. En l'occurrence, l'employeur avait donné une information incomplète et tardive, soit 6 mois après l'adhésion du salarié au contrat d'assurance de groupe.

La solution retenue par la Haute juridiction n'est pas nouvelle dans la mesure où elle considère, de manière constante, que les employeurs ont un devoir d'information et de conseil en matière de prévoyance qui ne se limite pas à la remise de la notice d'information.

*Cass. soc. 20 mai 2009, n° 07-42424*

De fait, les employeurs qui méconnaissent leur devoir d'information et de conseil doivent réparer le préjudice subi par le salarié.

*Cass. soc. 16 avril 2008, n° 06-44361*

Dans cette affaire, l'employeur a été condamné à verser au salarié 80 000 € à titre de dommages-intérêts pour le préjudice subi. En pratique, il est donc primordial pour les employeurs de respecter leur devoir d'information et de conseil des salariés sur les garanties de prévoyance. Cette obligation intervient aussi bien au moment de la souscription du contrat, qu'en cas de modification desdites garanties.

*Cass. soc. 17 mars 2010, n° 08-45329 et 09-40107*

## PAIEMENT DES COTISATIONS

---

### GÉNÉRALITÉS

La conclusion d'un contrat d'assurance, qu'il soit à titre collectif ou à titre individuel, impose à l'entreprise ou à l'assuré le paiement de cotisations.

Dans le cadre notamment d'un contrat signé avec une compagnie d'assurance, l'entreprise en étant la souscriptrice demeure seule responsable de la bonne exécution du contrat vis-à-vis de l'assureur. Si elle s'est engagée à faire adhérer l'ensemble de son personnel au contrat (ou une catégorie de celui-ci), elle est seule débitrice de cette obligation ainsi que du règlement des cotisations, même si des salariés refusent de payer.

Les conséquences du non paiement des cotisations sont prévues aux articles :

- article L. 113-3 ou L. 132-20 du Code des assurances pour les contrats souscrits auprès des assureurs ;
- article L. 932-9 du Code de sécurité sociale pour les contrats souscrits auprès des institutions de prévoyance ;
- article L. 221-8 du Code de la mutualité pour les contrats souscrits auprès des mutuelles.

Il faut distinguer, entre les conséquences du non paiement des cotisations par l'entreprise et par le salarié, dans le cas de contrats à adhésion obligatoire ou facultative :

#### ■ dans le cas de contrats à adhésion obligatoire :

l'employeur paiera sa cotisation et précomptera celle du salarié. En cas de non paiement au-delà de 10 jours à compter de l'échéance de la cotisation, l'organisme assureur adressera à l'entreprise une mise en demeure de payer, l'informant des conséquences du non paiement sur la poursuite de la garantie.

30 jours après l'envoi de cette mise en demeure, si l'entreprise n'a toujours pas payé, l'assureur suspendra la garantie.

10 jours après cette suspension, si la cotisation n'est toujours pas réglée, l'assureur dispose d'une faculté de résiliation du contrat.

Les sinistres susceptibles d'intervenir pendant la période de suspension des garanties ne sont pas couverts.

Le paiement rétroactif de la cotisation au terme de la procédure n'entraîne pas la prise en charge de ces sinistres de plein droit : l'assureur devra y consentir à titre exprès.

#### ■ dans le cas de contrats collectifs à adhésion facultative :

c'est, en général, le salarié qui procède au paiement de la cotisation. La procédure sera donc mise en œuvre à son encounter.

A défaut de paiement dans les 10 jours suivant l'échéance de la cotisation, l'assureur adressera au salarié une mise en demeure de payer, l'informant sur les conséquences de la non poursuite de la garantie.

A l'issue d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de cette mise en demeure, si la cotisation n'est toujours pas réglée, l'assureur peut exclure l'assuré du contrat.

**L'assureur adresse au souscripteur des avis d'échéance avant tout paiement de cotisation. La prime est payée en totalité par le souscripteur qui s'est engagé vis-à-vis de l'assureur lors de la conclusion du contrat.**

**En l'absence de disposition particulière en assurance de groupe, ce sont les disposition de l'article L112-1 du code des assurances qui s'applique (assurance pour compte d'un tiers).**

