

# HISTORIQUE ET DÉFINITION DE LA PRÉVOYANCE

---

## HISTORIQUE

On attribue souvent l'origine de la prévoyance complémentaire au monde agricole, qui organisa dès le 19<sup>e</sup> siècle des mécanismes de protection solidaire contre les accidents du travail, en créant des structures (pouvant aujourd'hui être comparées à des mutuelles), auxquelles les agriculteurs cotisaient et qui leur permettaient de payer le salaire d'ouvriers agricoles pour travailler sur l'exploitation, lorsqu'eux-mêmes étaient immobilisés en raison d'un accident du travail.

A partir de 1848, un certain nombre de branches d'activité créèrent des «sociétés de secours mutuel», qui étaient des systèmes corporatistes d'entraide et de bienfaisance, initiés par les entreprises. Ce fut notamment l'origine des régimes spéciaux des cheminots, des mineurs et des marins.

De nombreuses entreprises mirent également en place des régimes spécifiques de retraite pour leurs salariés. Toutefois, étant lié à la prospérité de l'entreprise, ce système demeurait précaire.

En 1898, création d'une loi organisant la protection financière des ouvriers victimes d'un accident du travail.

La Loi du 4 Juillet 1900, sur la Mutualité, permit la création de structures spécifiques pouvant couvrir les risques de décès, invalidité, maladie et maternité (les accidents du travail n'étaient pas couverts). Ces structures étaient souvent organisées par branches d'activité.

### Exemple

*La Mutuelle des Industries Pétrolières.*

Au 20<sup>e</sup> siècle, sous l'influence des systèmes de protection sociale légale développés en Angleterre et en Allemagne, un certain nombre de lois furent votées en France, qui constituaient les prémices de la Sécurité Sociale actuelle :

#### ■ 1910

Loi organisant la retraite des ouvriers et des paysans (Loi sur les rentes ouvrières et paysannes).

#### ■ 1928 et 1930

Lois prévoyant l'assurance sociale obligatoire pour tous les salariés de l'Industrie et du Commerce ayant un revenu inférieur à un certain plafond en francs.

#### ■ 1929

Décret du 23 mai permettant aux compagnies d'assurances de proposer des «tarifs de groupe», inférieurs aux tarifs individuels pour la couverture de risques lourds. Ce décret permettra aux assureurs de conserver un rôle important dans la protection sociale.

**■ 1932**

Loi créant les allocations familiales, financées par l'employeur.

**■ 14 mai 1937**

Signature du premier accord global sur les régimes de retraite et de prévoyance, entre l'UIMM (Union des Industries Métallurgiques et Minières) et les représentants de la Fédération Nationale des Syndicats d'Ingénieurs : une cotisation sociale, prélevée sur les salaires pour une partie et financée par l'employeur pour le solde, servira à financer la couverture de trois risques : la retraite (pour 75 % de la cotisation), l'invalidité et le décès.

L'accord laisse à chaque salarié le libre choix de l'organisme assureur.

Cet accord inspirera un certain nombre d'initiatives conventionnelles, aboutissant au développement de la couverture sociale et affirmant le principe de la gestion paritaire.

**■ 1939**

Généralisation des allocations familiales à toutes les familles (le versement de cette allocation n'est plus lié à la qualité de salarié).

**■ 30 décembre 1944**

Le Conseil National de la Résistance avait souhaité créer un régime de protection sociale pour toute la population française, couvrant tous les risques sociaux. La CGT était hostile aux cotisations salariales, sauf si le régime était géré majoritairement par des salariés.

La loi du 30 décembre 1944 créa la Sécurité Sociale.

**■ 1945**

Mise en place du Code de la Mutualité.

En 1945, compte tenu des conventions collectives, plus de 200.000 salariés étaient affiliés à des régimes privés, hors assurances sociales.

La nouvelle logique de couverture sociale obligatoire pour tous les salariés, instaurée par la Sécurité Sociale, implique la disparition des régimes conventionnels et leur mutation en régimes complémentaires.

Les Institutions de Prévoyance, issues du Code de la Sécurité sociale, ont été créées pour gérer paritairement la couverture sociale (retraite et prévoyance) mise en place dans les branches d'activité.

En mars 1947, le Gouvernement donnait son accord pour qu'un régime dérogatoire au régime de base soit mis en place pour les cadres, pour ce qui concerne le risque décès, via la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance.

**■ 1947**

La Convention Collective Nationale des cadres créant l'AGIRC, prévoit une cotisation prévoyance de 1,50 %, affectée en priorité au risque décès.

Ce fut le point de départ d'une expansion considérable de l'assurance de groupe, qui permet aux salariés de bénéficier de garanties décès, incapacité/invalidité et/ou maladie, financées en tout ou partie par leur employeur.

# COUVERTURE SÉCURITÉ SOCIALE

---

## ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.

Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille.

Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et de leurs ayants droit à un régime obligatoire ou, à défaut, par leur rattachement au régime de l'assurance personnelle.

Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations de vieillesse ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions du code de la Sécurité sociale.

*Article L. 111-1 du Code de la Sécurité sociale*

Ainsi, le rôle de la Sécurité sociale est de protéger les individus des conséquences des risques sociaux.

L'organisation de la Sécurité sociale se caractérise par une grande diversité de structures et de multiples acteurs.

En effet, la Sécurité sociale est composée de plusieurs régimes :

- le régime général ;
- les régimes agricoles ;
- les régimes des indépendants ;
- les régimes spéciaux ;

Ces risques sociaux composent les quatre branches de la Sécurité sociale :

- la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- la branche famille (dont handicap et logement...) ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la branche retraite (vieillesse et veuvage).

## ORGANIGRAMME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### INSTITUTIONS COMPÉTENTES

#### Régime général

- une caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- une caisse nationale des allocations familiales et des caisses d'allocations familiales ;
- une caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et, pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, une caisse régionale d'assurance vieillesse ;
- une agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) ;
- des unions de recouvrement (URSSAF) ;
- une union des caisses nationales (UCANSS) ;
- des unions ou fédérations de caisses ;
- dans les départements d'Outre-Mer, des caisses générales de Sécurité sociale (CGSS).

#### Régime agricole

- des organismes de mutualité sociale agricole ;
- une caisse centrale de secours mutuels agricoles ;
- une caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles ;
- une caisse nationale d'assurance vieillesse mutuelle agricole.

#### Pour les régimes spéciaux à certaines branches d'activité ou certaines entreprises pour tout ou partie des prestations

- des services et organismes.

#### Pour les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés

- des caisses constituées pour l'application des régimes à chacun des groupes professionnels prévus par le Code de la Sécurité sociale et, notamment, l'article L. 621-3 (c'est-à-dire, l'organisation autonome d'assurance vieillesse pour chacune des professions : artisans, commerçants et industriels, professions libérales, exploitants agricoles).

#### Pour le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

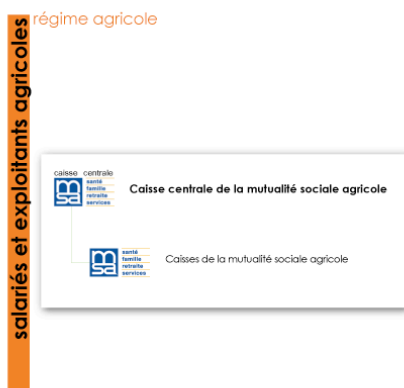
- une caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés ;
- des caisses mutuelles régionales d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés.

En effet, la Sécurité sociale est composée de plusieurs régimes :

■ le régime général



■ les régimes agricoles

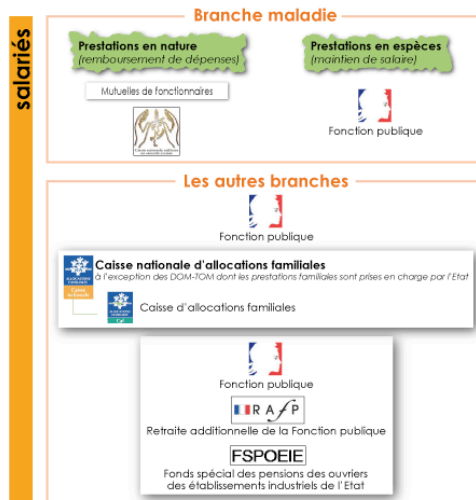


■ les régimes des indépendants



■ les régimes spéciaux

- Régime des fonctionnaires et des militaires de l'État



- Régime des collectivités locales



**salariés** régime des marins



régime des français à l'étranger



régime des étudiants



Mutuelles étudiantes

régime spécifique des assemblées



Ces risques sociaux composent les quatre branches de la Sécurité sociale :

- la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- la branche famille (dont handicap et logement...) ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la branche retraite (vieillesse et veuvage).

## COMITÉ DE COORDINATION

Un comité étudie les mesures propres à assurer la coordination de l'ensemble des dispositions relatives à la Sécurité sociale et à leur application. L'organisation et les attributions de ce comité sont fixées par décret en Conseil d'État.

Le comité de coordination est composé du ministre chargé de l'emploi et de la solidarité, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé de l'industrie, du ministre chargé des Transports, du ministre chargé du Budget et du ministre chargé de la Santé ou de leurs représentants.

Lorsque d'autres ministres sont intéressés par les questions inscrites à l'ordre du jour du comité, ils sont appelés à participer en tant que de besoin aux réunions de celui-ci.

Le directeur de la Sécurité sociale est chargé du secrétariat du comité.

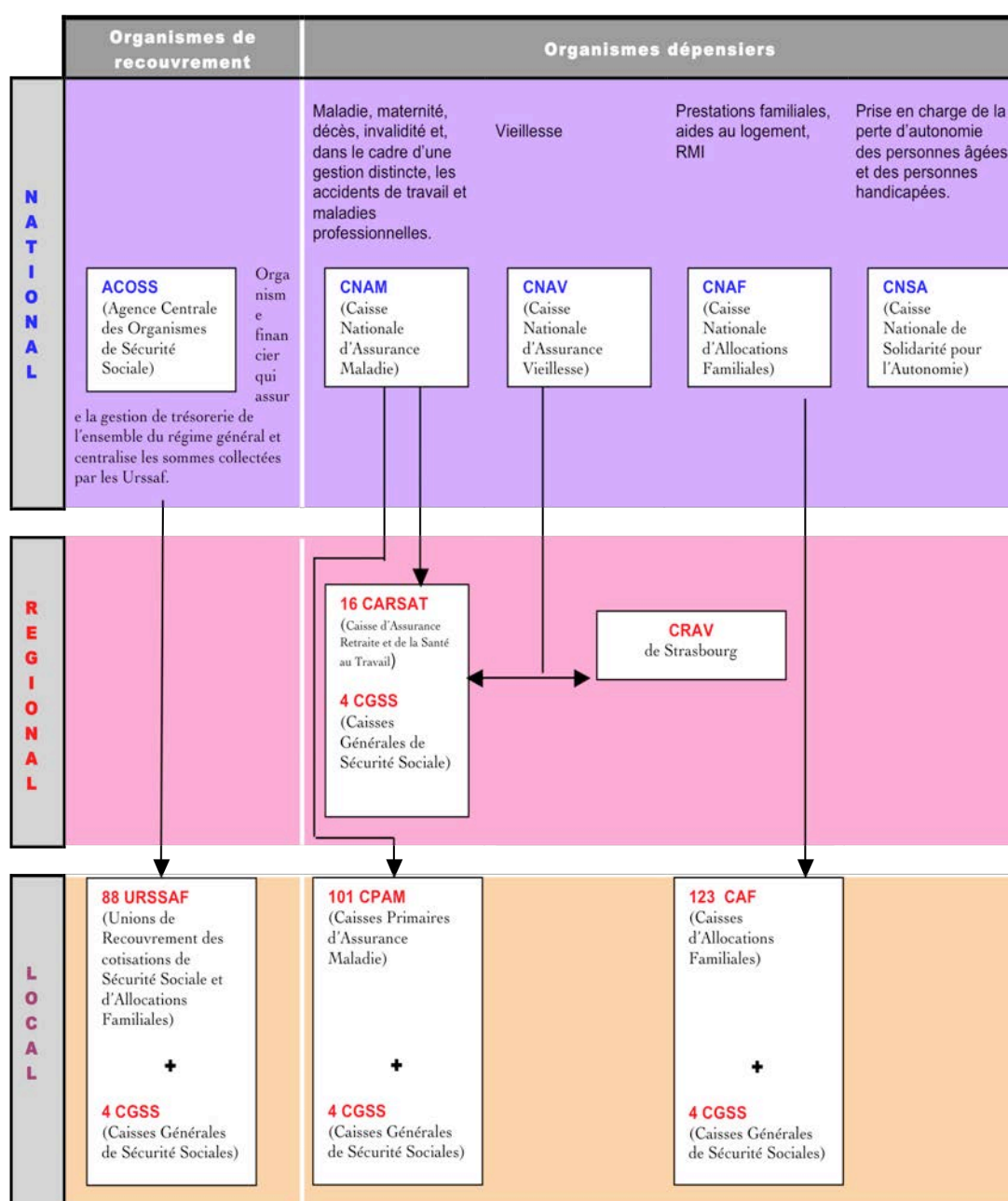
Les dispositions propres à un régime de Sécurité sociale, lorsqu'elles mettent en cause directement ou indirectement un ou plusieurs autres régimes, sont obligatoirement soumises à l'examen du comité.

*Article R. 114-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale*

## ORGANISATION DE GESTION

Le régime général de la Sécurité sociale est organisé en caisses nationales autonomes assumant d'une part le service de prestations (ce sont les organismes dépensiers) et d'autre part, la collecte des ressources (ce sont les organismes de recouvrement). Les caisses assurent un rôle d'assurance mais également de direction sanitaire et sociale.

## ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

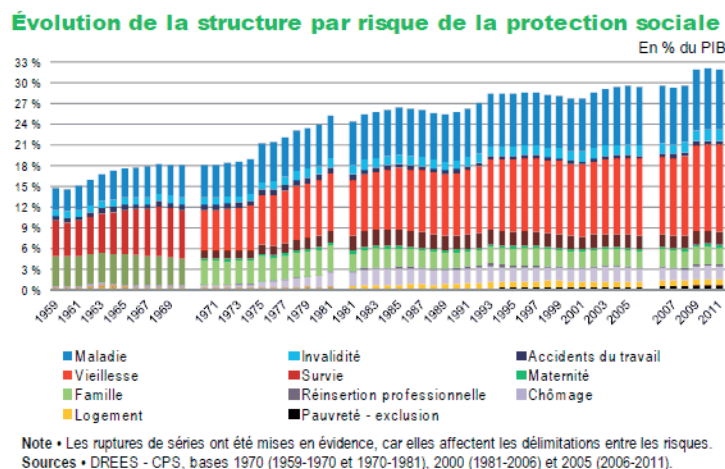


Une ordonnance de 1967 instaure la séparation de la Sécurité Sociale en 3 branches autonomes.

Pour compléter ce schéma, il faut rajouter :

- **UCANSS** (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale) : organisme qui gère les questions d'intérêt commun relatives notamment aux personnels des différents organismes (convention collective, négociations salariales, formation, etc.).
- **URCAM** (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) : depuis 1996, chaque région comprend une URCAM, qui associe les trois grands régimes obligatoires de Sécurité Sociale : régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes. Leur objectif est de dynamiser et de rationaliser la gestion du risque ambulatoire (médecin de ville) au niveau régional.





En France, 2011 constitue une deuxième année de croissance modérée (+ 2,0 %) avant la stagnation du produit intérieur brut en 2012, dans un contexte de récession de l'Union européenne. La protection sociale semble moins bien jouer son rôle d'amortisseur économique en Europe, en raison de la durabilité de la crise et de la réduction des dépenses sociales de certains pays pour équilibrer leur budget. C'est surtout le cas en Grèce, en Italie, en Espagne et aux Pays-Bas. En France, il n'y a pas d'affaiblissement marqué de ce rôle, même si l'on constate, depuis 2010, un infléchissement de la croissance des dépenses de protection sociale.

Les Français, bien que toujours demandeurs d'une protection sociale de haut niveau, sont de plus en plus préoccupés par la question de la dette.

L'affaiblissement, sensible en 2010, de la dynamique des dépenses de protection sociale se confirme en 2011, dernière année disponible des comptes de la protection sociale.

L'année 2011 apparaît comme une année de meilleure maîtrise des comptes sociaux. Les prestations restent, en effet, sur un rythme de croissance modéré (+ 3,0 %). Parallèlement, les recettes retrouvent une croissance plus rapide que les dépenses (+ 4,5 %). Au total, ces évolutions conduisent à une nette amélioration du solde de la protection sociale.

### Après deux années de croissance faible la crise s'accroît en 2012

En France, l'année 2012 marque une rechute dans la crise, avec un produit intérieur brut (PIB) en stagnation, après deux années de croissance modérée (+ 2,0 % en 2011 et + 1,7 % en 2010).

Le marché du travail continue à se dégrader ; le nombre de demandeurs d'emploi des catégories A B et C, en France métropolitaine, poursuit sa hausse entamée à la mi-2008 ; il s'accroît de 218 000 en 2011, et plus fortement encore en 2012 (+ 375 000).

Malgré ce contexte difficile, le déficit public diminue fortement en 2011 et plus légèrement en 2012.

Le déficit de l'ensemble des administrations publiques s'établit à 98,8 milliards d'euros en 2012 (après 105,9 milliards d'euros en 2011 et 137,3 milliards en 2010). En particulier, le déficit des administrations de Sécurité sociale se réduit de plus d'un tiers : il passe de 23,3 milliards d'euros en 2010 à 14,0 milliards d'euros en 2011 et s'élève à 13,1 milliards d'euros en 2012.

### Les attentes des Français en matière de protection sociale se modifient

Dans un tel contexte, près de trois Français sur quatre ont le sentiment, selon le Baromètre d'opinion de la DREES, que la société est plutôt injuste, même si cette proportion a légèrement baissé par rapport à 2010 et 2011. Les Français continuent ainsi à juger très important le rôle joué par la protection sociale, et un Français sur deux pense qu'il n'y a pas assez d'interventions de l'État en matière économique et sociale.

Ils sont néanmoins préoccupés par le financement de la protection sociale. L'opinion selon laquelle ce financement alourdirait la dette et serait un frein pour sortir de la crise est, en effet, en hausse de six points depuis trois ans. Les Français sont également plus sensibles que par le passé à la charge que représentent les cotisations sociales pour les employeurs. Si, en octobre novembre 2011, 43 % d'entre eux souhaitaient que les entreprises cotisent davantage pour la protection sociale, ils ne sont plus que 33 % à la même période en 2012. Toutefois si une majorité des Français jugent que le financement de la protection sociale alourdit la dette, seuls 30 % d'entre eux accepteraient une baisse de leurs prestations pour limiter leurs cotisations, et ce, quelle que soit la branche concernée (maladie, retraites, famille, chômage). Une proportion légèrement supérieure, autour de 45 %, serait prête à cotiser davantage pour la retraite et l'assurance maladie, dans l'objectif de maintenir le niveau des prestations, et cet avis est en hausse de dix points depuis 2008.

### **En 2011, les recettes de la protection sociale retrouvent une forte croissance...**

En 2011, la croissance des ressources redevient supérieure à celle des emplois, comme ce fut le cas lors des deux années précédant la crise en 2007 et 2008. Le solde de la protection sociale<sup>1</sup> s'est ainsi amélioré de manière significative (- 11,4 milliards d'euros en 2011, soit - 0,6 point de PIB, contre - 20,8 milliards d'euros en 2010).

Les recettes s'établissent à 661,5 milliards d'euros et retrouvent une croissance forte (+ 4,5 %) après deux années moroses en lien avec le contexte économique. En effet, le rebond de leur croissance tient à une nette augmentation des assiettes, mais aussi des prélèvements : modification du calcul des exonérations de cotisations sociales, relèvement du taux de cotisation « accidents du travail », augmentation des prélèvements sur le capital. Les cotisations employeurs augmentent de + 4,7 % et les cotisations sociales effectives de 3,6 %. Les contributions publiques augmentent de 2,6 %, tandis que le rythme de progression des impôts et taxes affectées s'élève à + 8,1 % (tableau 1).

Après une baisse de 0,3 point de PIB en 2010, la part des ressources de la protection sociale dans le PIB augmente ainsi de 0,4 point de PIB pour s'établir à 33,1 % du PIB.

### **...tandis que les dépenses croissent à un rythme ralenti pour la deuxième année consécutive**

La croissance des dépenses de protection sociale est maîtrisée (+ 2,9 %) et reste faible pour la deuxième année consécutive. Ces dépenses s'élèvent en 2011 à 672,9 milliards d'euros.

Les prestations de protection sociale, qui constituent la majeure partie des dépenses de protection sociale (95 %), représentent 638,8 milliards d'euros en 2011. La croissance de ces prestations reste mesurée (+ 3,0 %).

Les prestations d'invalidité, de pauvreté – exclusion sociale, de vieillesse et de logement croissent à un rythme plus soutenu que l'ensemble (tableau 2). Les prestations de survie, de maladie et de famille connaissent des évolutions modérées. Les prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles stagnent, tandis que celles relatives aux risques emploi et maternité sont en baisse (respectivement - 1,0 % et - 2,1 %). Le risque emploi connaît des évolutions heurtées en lien avec les retournements conjoncturels (décroissance en 2007 et 2008, croissance de + 12,8 % en 2009 qui reste soutenue en 2010).

En revanche, les prestations afférentes à la maternité connaissent leur première baisse depuis 1981 (hormis une quasi-stagnation en 1997), imputable au léger recul du nombre de naissances et à la diminution des soins de santé.

### **La croissance des dépenses afférentes à la maladie ralentit depuis 2005, tandis que les dépenses d'invalidité s'accroissent**

En 2011, les dépenses afférentes à la maladie, principale composante du risque santé, s'élèvent à 174,0 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB. Un accroissement des rendements de la maîtrise médicalisée, l'évolution modérée des dépenses hospitalières et un contexte épidémique favorable contribuent en 2011 à la faible progression de la dépense du risque maladie (+ 2,1 %).

Sur longue période, les dépenses de santé augmentent plus rapidement que le PIB. Cette augmentation tendancielle des dépenses de santé laisse néanmoins apparaître des périodes de stabilisation, notamment à la suite de la mise en œuvre de différents plans de réforme qui se sont succédé entre 1984 et 1992. Par la suite, la mise en place, en 1996, de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a contribué jusqu'en 2000 à une stabilisation de la part des dépenses de santé dans le PIB, puis un redémarrage important des dépenses est intervenu et s'est prolongé jusqu'en 2004. Depuis 2005, leur progression est modérée compte tenu de la meilleure maîtrise de la dépense engagée, à la suite notamment de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, au renforcement du pilotage de l'ONDAM, et aux mesures d'économies prises chaque année dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

En revanche, les dépenses liées à l'invalidité ont augmenté à un rythme soutenu depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et le plan de revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) entamé en 2008. L'ensemble des prestations relatives à ce risque augmente ainsi de 4,4 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2011. En 2011, la forte croissance des prestations de ce risque est pour partie liée à l'importante croissance des dépenses d'allocations (+ 8,9 % au titre de l'AAH, et + 8,8 % pour l'ensemble de la prestation de compensation du handicap [PCH] et de l'allocation compensatrice pour tierce personne [ACTP]).

Enfin, les dépenses afférentes au sous-risque accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) restent sur une croissance faible (+ 0,3 % en 2011). Cette faible évolution est notamment à rapprocher de la baisse continue du nombre d'accidents du travail en lien avec la réduction de la part des secteurs industriels au sein desquels le risque d'accident est plus élevé.

### **Une croissance des dépenses du risque vieillesse-survie soutenue malgré une moindre hausse du nombre de retraités**

En 2011, le montant des prestations du risque vieillesse-survie s'élève à 290,1 milliards d'euros, soit 14,5 % du PIB. Le risque vieillesse-survie est le plus important en masse, ses prestations représentant, en effet, 45 % de l'ensemble des prestations de protection sociale.

Le sous-risque vieillesse (252 milliards d'euros) correspond aux prestations versées au titre des droits propres des bénéficiaires. Les pensions de retraite directes représentent 95 % de ce montant global. Leur évolution est déterminée, d'une part, par celle du nombre de retraités, et, d'autre part, par celle de la pension moyenne.

À long terme, le nombre de retraités augmente tendanciellement avec le vieillissement de la population, lié notamment à l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés.

La pension moyenne contribue, elle aussi, positivement à la croissance des dépenses de retraite de droit direct en raison de l'effet de noria : en effet, les entrants perçoivent en moyenne des pensions plus élevées que les sortants.

À court terme, le recul de l'âge de la retraite contribue au ralentissement de la croissance des effectifs, le nombre de nouveaux pensionnés de droit direct a même régulièrement diminué depuis 2009. Toutefois, l'évolution des dépenses de retraite de droit direct est plus forte en 2011 qu'en 2010 (4,5 % contre 3,7 %).

Cette progression est notamment due à une revalorisation des pensions<sup>5</sup> nettement plus élevée en 2011 qu'en 2010 (+ 2,1 % au 1<sup>er</sup> avril 2011 après + 0,9 % au 1<sup>er</sup> avril 2010).

Le sous-risque survie (38,1 milliards d'euros) englobe principalement les pensions versées au titre de droits dérivés. Il comprend également des compensations de charges principalement gérées par les régimes mutualistes (capitaux décès).

### **En 2011, le recul du nombre de naissances contribue à la baisse des prestations maternité, tandis que les prestations famille augmentent sensiblement**

Les prestations maternité-famille représentent 56,2 milliards d'euros en 2011. Ce montant ne comprend que les prestations, à l'exclusion des aides aux familles sous d'autres formes (quotient familial par exemple), aides qui peuvent recouvrir des montants importants.

Les dépenses du sous-risque maternité représentent 7,7 milliards d'euros, elles se composent essentiellement d'indemnités journalières (congés maternité et paternité), de soins de santé et de la prime de naissance.

La dépense totale relative à la maternité est en baisse de 2,1 %, en 2011, principalement du fait de moindres charges de soins de santé (- 4,3 % par rapport à 2010). Cette baisse s'explique notamment par la diminution du nombre de naissances vivantes (- 1,1 % en 2011 après + 1,0 % en 2010).

Les dépenses du sous-risque famille, qui s'élèvent à 48,5 milliards, comprennent principalement les allocations familiales et les autres prestations familiales, mais également l'action sociale en faveur des familles (notamment l'aide sociale à l'enfance) et les crèches municipales. Ces dépenses du sous-risque famille sont en hausse de 1,7 % (après + 0,2 % en 2010), en raison d'une revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (indexée sur l'inflation) plus importante (+ 1,5 % après une revalorisation nulle en 2010). Les prestations liées à la garde d'enfants, qui représentent 29 % des prestations au titre de la famille, connaissent des dynamiques différentes selon le mode de garde. Le montant des aides à l'emploi d'une assistante maternelle augmente de 6,3 %, le nombre de bénéficiaires progressant de + 3,3 %. Les prestations liées aux crèches municipales augmentent également significativement.

En revanche, les prestations encourageant la garde parentale des jeunes enfants (complément de libre choix d'activité et complément optionnel de libre choix d'activité) sont en baisse de 2,9 %, en lien avec la baisse de 3,0 % du nombre de bénéficiaires.

### **Une moindre augmentation du nombre de chômeurs indemnisés**

Les prestations liées à l'emploi représentent 42,1 milliards d'euros en 2011, soit 2,1 % du PIB. Ces dépenses sont en baisse de 1,0 % en 2011. Les prestations du sous risque chômage diminuent de 1,6 %. La principale allocation chômage, l'aide au retour à l'emploi (ARE) ne progresse que faiblement (+ 0,7 % en 2011). Cela tient notamment à la moindre hausse en 2011 du nombre de chômeurs indemnisés par l'assurance chômage (+ 0,1 % en moyenne annuelle), dans un contexte de moindre dégradation du marché du travail relativement

à 2010 (avec un taux de chômage au sens du BIT de 9,6 % contre 9,7 % en 2010). Les autres allocations du régime d'assurance chômage connaissent des baisses significatives en raison du durcissement de certains dispositifs. Lefonds de solidarité indemnise sous certaines conditions, de ressources notamment, les demandeurs d'emploi n'ayant pas ou plus de droits à l'assurance chômage. Les prestations qu'il verse diminuent en 2011, en lien notamment avec la baisse du nombre des bénéficiaires de l'allocation équivalent retraite (AER) à la suite de la fermeture de ce dispositif qui a été partiellement remplacé par l'allocation transitoire de solidarité (ATS). La fermeture, en juillet 2011, de ce dispositif constitue le pendant du durcissement des conditions d'accès aux dispositifs de préretraites publiques depuis 2003. Les montants versés au titre des préretraites sont donc également en baisse en 2011 (- 2,7 %). En revanche, la dépense au titre de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) continue de croître (+ 3,2 % en 2011). Enfin, la disparition du Fonds d'investissement social (FISO), créé en 2009 pour une durée de deux ans, contribue significativement à la baisse des prestations du sous-risque chômage. Ce fonds avait pour objet de coordonner les efforts en faveur de l'emploi et de la formation professionnelle accomplis par l'État et les partenaires sociaux dans la lutte contre la crise.

### **Les prestations logement progressent à un rythme élevé**

Les prestations du risque logement s'élèvent en 2011 à 16,8 milliards, soit 0,8 % du PIB. Ces aides progressent à un rythme significativement plus élevé qu'au cours de l'année précédente (+ 3,3 % après + 1,1 % en 2010). Cette évolution tient à la combinaison de plusieurs facteurs dont les contributions jouent en sens inverse sur la progression globale :

- la faible augmentation des revenus 2009 servant de base au calcul des prestations versées en 2011 s'est traduite par une augmentation du nombre de bénéficiaires (+ 1,4 % au total après - 0,6 % en 2010) ;
- la revalorisation plus importante en 2011 des loyers plafonds (+ 1,1 % après + 0,3 % en 2010) contribue à la hausse des montants versés ;

■ à l'inverse, la dépense de 2011 est minorée par la suppression, à compter du 1er janvier 2011, de la rétroactivité – de trois mois, au plus – du versement de l'aide. L'allocation prend désormais effet au dépôt de la demande.

### La croissance des dépenses de pauvreté–exclusion sociale reste soutenue malgré un léger ralentissement

Les prestations du risque pauvreté – exclusion sociale s'élèvent en 2011 à 15,5 milliards d'euros. Elles augmentent de 4,5 % en 2011 après + 5,6 % en 2010. Ces fortes augmentations traduisant à la fois la dégradation du climat économique et la montée en charge du revenu de solidarité active (RSA).

Le coût du RSA socle est en hausse de 16,7 % en lien avec l'élargissement de ce dispositif aux DOM. La progression du nombre d'allocataires du RSA socle s'élève à + 2,2 % (après + 3,3 % en 2010) en France métropolitaine, contre + 16,4 % en France.

Sur longue période, le rythme de croissance de ce risque est le plus dynamique, traduisant l'augmentation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au cours des dernières décennies.

**Tableau 1 : Évolution des emplois et des ressources hors transferts de la protection sociale**

évolutions en moyenne annuelle et en %, montants en millions d'euros

	2000/ 1981	2006/ 2000	2007/ 2006	2008/ 2007	2009/ 2008	2010/ 2009	2010
<b>Emplois (hors transferts *)</b>	<b>6,4</b>	<b>4,8</b>	<b>3,9</b>	<b>3,6</b>	<b>4,8</b>	<b>3,2</b>	<b>654 239</b>
Prestations de protection sociale	6,4	4,8	3,9	3,7	4,8	3,2	620 777
Prestations sociales (versées aux ménages)	6,4	4,6	4,0	3,7	5,2	3,3	534 515
- en espèces		4,4	4,1	3,6	5,5	3,3	392 373
- en nature		5,1	4,0	4,1	4,6	3,3	142 142
Prestations de services sociaux	6,5	6,1	3,4	3,5	2,4	2,6	86 262
Autres emplois (frais de gestion, frais financiers...)	6,0	4,6	2,6	2,1	4,7	2,5	33 460
<b>Ressources (hors transferts *)</b>	<b>6,4</b>	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,8</b>	<b>633 126</b>
Cotisations effectives	5,5	4,6	3,4	2,6	0,8	2,0	354 278
Cotisations d'employeurs	5,5	4,1	3,6	2,8	0,3	2,0	222 359
Cotisations de salariés	5,7	5,3	3,3	1,5	0,8	1,9	104 179
Cotisations de travailleurs indépendants	5,2	5,7	2,8	8,5	2,5	2,9	24 605
Autres cotisations effectives	1,2	17,1	4,0	-14,3	27,6	4,8	3 135
Cotisations imputées	5,3	1,9	5,2	4,2	3,4	3,3	50 018
Impôts et taxes affectés	18,9	6,0	6,1	7,5	0,0	1,7	150 214
Contributions publiques	4,9	2,0	4,8	3,3	5,7	1,2	65 202
Autres recettes (produits financiers, subventions...)	3,1	7,8	5,2	5,7	-23,9	-6,5	13 413
<b>Solde</b>							<b>-21 113</b>
Transferts, pour information *							137 457

\*Les transferts sont les flux internes entre les différents régimes de protection sociale

Sources DRESS-CPS, base 2000 pour les deux premières colonnes, base 2005 pour les suivantes

Tableau 2 : Évolution des prestations de protection sociale

*évolutions en %, montants en millions d'euros*

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010
<b>Maladie</b>	<b>5,5</b>	<b>6,9</b>	<b>6,2</b>	<b>6,5</b>	<b>4,4</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>	<b>2,9</b>	<b>170 749</b>
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	5,0	6,7	6,5	6,6	3,8	3,0	3,4	3,5	3,8	2,8	145 540
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	6,4	-3,2	4,4	17,0	6,2	14,5	-0,1	-4,7	7,7	0,9	2 095
<b>Invalidité et accidents du travail</b>	<b>4,9</b>	<b>8,4</b>	<b>3,1</b>	<b>4,3</b>	<b>5,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,1</b>	<b>2,5</b>	<b>2,8</b>	<b>3,7</b>	<b>42 312</b>
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,6	8,6	5,1	4,3	5,0	3,0	4,9	1,1	-0,2	1,5	17 881
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	3,2	5,3	2,5	3,6	4,8	4,3	2,1	5,5	5,6	6,2	9 909
<b>Viellissement-survie</b>	<b>4,2</b>	<b>4,9</b>	<b>4,2</b>	<b>5,3</b>	<b>4,9</b>	<b>6,2</b>	<b>5,6</b>	<b>5,0</b>	<b>4,2</b>	<b>3,5</b>	<b>278 543</b>
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,0	3,6	3,7	4,9	4,8	5,6	6,0	5,2	4,5	3,6	262 275
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	8,0	45,4	16,9	14,6	3,7	6,2	3,2	5,0	3,0	2,6	9 882
<b>Famille-maternité</b>	<b>2,4</b>	<b>3,3</b>	<b>2,7</b>	<b>5,0</b>	<b>4,3</b>	<b>4,8</b>	<b>3,1</b>	<b>2,1</b>	<b>3,1</b>	<b>1,1</b>	<b>55 545</b>
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	3,5	3,3	1,4	3,9	4,7	4,8	2,8	2,0	3,3	1,9	38 324
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-2,1	2,6	9,8	11,6	2,3	8,3	4,3	2,4	2,6	-6,4	7 901
<b>Emploi</b>	<b>2,9</b>	<b>12,4</b>	<b>10,2</b>	<b>2,8</b>	<b>-1,4</b>	<b>-5,6</b>	<b>-2,1</b>	<b>-0,8</b>	<b>12,8</b>	<b>5,0</b>	<b>42 550</b>
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	6,0	16,6	14,6	2,3	-3,2	-7,7	-5,7	-1,1	26,8	7,4	30 759
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-7,6	4,5	-1,1	2,1	-5,0	5,3	4,6	-4,6	-22,3	-13,2	4 214
<b>Logement</b>	<b>1,7</b>	<b>4,9</b>	<b>-0,4</b>	<b>3,7</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>2,1</b>	<b>7,2</b>	<b>2,5</b>	<b>1,1</b>	<b>16 248</b>
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	7,3	6,0	1,2	5,8	2,1	3,3	1,4	6,9	3,6	1,0	4 451
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-0,1	4,5	-0,9	3,0	-1,4	-0,7	2,4	7,3	2,1	1,2	11 790
<b>Pauvreté -exclusion sociale</b>	<b>1,2</b>	<b>6,6</b>	<b>5,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,3</b>	<b>3,7</b>	<b>3,8</b>	<b>0,8</b>	<b>26,0</b>	<b>5,6</b>	<b>14 830</b>
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	-0,2	6,8	9,6	6,6	7,0	3,1	3,0	-0,4	29,9	5,4	12 141
<b>TOTAL DES PRESTATIONS SOCIALES</b>	<b>4,2</b>	<b>6,1</b>	<b>4,9</b>	<b>5,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>3,9</b>	<b>3,7</b>	<b>4,8</b>	<b>3,2</b>	<b>620 777</b>
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,4	5,5	5,1	5,1	3,9	3,8	4,2	4,0	5,1	3,4	499 266
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	0,3	9,0	5,6	7,4	2,2	4,8	3,0	2,7	4,8	0,7	57 931

Sources DRESS-CPS

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 80,7 % du montant total des prestations de protection sociale versées en 2009, 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.

En 2009, les régimes d'assurances sociales subissent fortement les effets de la crise.

À lui seul, le régime général de la Sécurité sociale a servi 266,3 milliards d'euros de prestations en 2009, soit 44,6 % de l'ensemble des prestations versées.

L'UNEDIC, chargée de l'indemnisation du chômage, a versé 25,7 milliards de prestations. Son solde, tout en restant excédentaire, se dégrade de 2,7 milliards.

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (État et collectivités locales) assurent 11 % des dépenses de prestations de protection sociale en 2009, contre 10,8 % en 2008 (proportion en légère hausse, notamment suite à la mise en place du Revenu de Solidarité Active). 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...

Les régimes non obligatoires de la mutualité et de la prévoyance versent quant à eux 4,7 % 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 sur-complémentaires 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.

*Études DREES n° 755 - Les comptes de la protection sociale en 2009 - février 2011*





## BASES LÉGALES : Loi Evin du 31 décembre 1989

---

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, modifie considérablement la réglementation des opérations de prévoyance complémentaire puisque, avant cette date, les rapports entre l'entreprise, l'organisme assureur et les salariés n'étaient pratiquement régis que par le Code du travail et le Code des assurances ou de la Sécurité sociale.

Cette loi, présentée à l'époque par Claude Évin, Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, reprend des propositions faites en 1985 dans un rapport commun de l'Inspection des Finances, du Corps de Contrôle des Assurances et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Ce rapport, présenté par Monsieur Gisserot, fut ensuite abandonné par le Gouvernement.

Les propositions de ce rapport étaient les suivantes :

- consacrer le pluralisme dans le domaine de la protection sociale ;
- renforcer les règles de contrôle des Institutions de Prévoyance et des Mutuelles ;
- légaliser un certain nombre de règles déontologiques afin de limiter les excès d'une concurrence pouvant être préjudiciable aux intérêts des assurés.

Les lignes directives de ce rapport ont été conservées et constituent le fondement du texte de loi. Le souhait du Gouvernement était, en effet, d'éviter que la concurrence entre les différents organismes ne joue d'une manière "sauvage", dans une période où la prévoyance collective était en fort développement.

La protection des assurés et le renforcement du contrôle de certains organismes constituent ainsi le socle des dispositions de la loi.

**Le titre I** fixe les garanties offertes aux assurés, quel que soit l'organisme choisi. Dans l'esprit du législateur, c'est le plus important. En effet :

- les articles 2 et 3 précisent les conditions de prise en charge des suites d'états pathologiques ;
- l'article 4 précise les modalités de poursuite de couverture aux anciens assurés (chômeurs, invalides, retraités) ou ayants droit d'un assuré décédé ;
- les articles 5 et 6 permettent de réduire les risques d'exclusion ;
- et l'article 7 instaure une disposition fondamentale : le maintien à leur niveau atteint des prestations versées sous forme de rentes, en cas de résiliation du contrat.
- l'article 2 de la loi Evin du 31 décembre 2002 pose le principe de la prise en charge des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat lorsque la couverture est à adhésion obligatoire. L'organisme assureur est donc placé devant cette alternative : soit il assure tout le groupe soit il refuse tout le monde. En revanche, pour les systèmes à adhésion facultative, la loi Evin autorise l'organisme assureur à ne pas prendre charge les suites des états pathologiques antérieurs à la souscription du contrat. De plus l'organisme assureur peut librement résilier le contrat pendant les deux premières années.
- la loi du 9 novembre 2010 sur les retraites rajoute un article 31 à la loi Evin. Le nouvel article vise la prolongation des prestations incapacité- invalidité et traite de la prolongation du maintien de la garantie décès des assurés malades ou invalides relative.

**Le titre II** a pour objet la mise en place d'une Commission de Contrôle pour les Institutions relevant du Code de la Sécurité sociale et du Code rural, ainsi que pour les Mutuelles.

**Le titre III** est consacré à des dispositions de réécriture de divers articles du Code rural, de la Sécurité sociale et du Code de la mutualité.

**Le titre IV**, enfin, comporte des dispositions transitoires nécessaires à la mise en œuvre du titre I.



## MODIFICATION ET DÉNONCIATION DU RÉGIME

---

Si la couverture de prévoyance a vocation à être maintenue dans l'entreprise pendant plusieurs années, certains événements peuvent l'obliger à se modifier tels la restructuration de l'entreprise (fusion - absorption...), l'évolution des résultats du contrat d'assurance, le désengagement de la Sécurité sociale, ou encore l'évolution de la population salariée de l'entreprise.

Les modalités de modification ou de dénonciation d'un régime de prévoyance complémentaire dépendent du mode de mise en place du régime dans l'entreprise.

La modification ou la résiliation de la couverture de prévoyance de l'entreprise nécessite le respect de conditions de forme qui varient selon le mode de mise en place du régime dans l'entreprise (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) et selon le contrat d'assurance. L'employeur a par ailleurs certaines obligations vis-à-vis de ses salariés et vis-à-vis de l'organisme assureur.

Pour déterminer quels sont les types de décisions qui peuvent modifier un régime de prévoyance, il convient de se référer :

- au type d'acte ayant mis en place ce régime ;
- à la hiérarchie des normes juridiques applicable dans l'entreprise, afin de déterminer laquelle peut être employée pour le modifier.

☞ *La modification de la couverture existant dans l'entreprise doit s'effectuer selon les mêmes modalités que pour sa mise en place (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) sauf situations autorisées par décret en Conseil d'État*

*Article L. 911-5 du Code de la Sécurité sociale*

## RESPECT DE LA HIÉRARCHIE DES NORMES JURIDIQUES

Il convient de distinguer les sources externes, des sources internes à l'entreprise.

### SOURCES EXTERNES (par ordre décroissant de hiérarchie juridique)

#### La constitution

Son préambule contient les principes fondamentaux du droit social : droit au travail, droit syndical, droit de grève, droit de négociation collective et de contrôle de la gestion des entreprises, droit à la Sécurité sociale, droit à l'instruction, droit à la formation professionnelle et à la culture.

#### La loi

La loi fixe les règles concernant les principes fondamentaux du droit du travail et du droit à la Sécurité sociale.

### **L'ordonnance**

L'ordonnance est un acte exceptionnel pris par le Gouvernement en conseil des ministres, dans un domaine qui est normalement de la compétence de la loi.

### **Le décret**

Le décret fixe les mesures d'application d'une loi ou d'une ordonnance ou réglemente des domaines extérieurs au champ d'intervention de la loi.

### **L'arrêté ministériel**

L'arrêté ministériel fixe des mesures d'application de la loi moins importantes que les décrets mais très précises (taux, chiffres, ...).

### **Les circulaires et instructions ministérielles**

Les circulaires et instructions ministérielles ne s'imposent pas aux Tribunaux car elles ne sont que des textes interprétatifs des lois et décrets.

### **La jurisprudence**

Les litiges résultant de l'application des lois et décrets sont soumis aux tribunaux, qui dégagent une jurisprudence sociale à laquelle on peut se référer lorsque des conflits similaires surgissent. La jurisprudence devient donc une source de droit.

### **Les conventions collectives**

Négociées avec les syndicats représentatifs, les conventions collectives sont des documents contractuels qui sont source de droit. On peut distinguer les conventions interprofessionnelles (portant sur un sujet précis s'imposant à toutes les branches d'activité, comme la Convention Collective Nationale des Cadres), les conventions professionnelles (portant sur une branche d'activité) et les conventions d'entreprise.

### **Les statuts d'organismes**

Les organismes percevant des cotisations et recevant des prestations, telles que les caisses de congés payés, les caisses de retraite complémentaire, sont conduits, pour mener à bonne fin leur mission, à établir des règles qui s'appliquent aux entreprises adhérentes.

### **Les usages**

La loi peut renvoyer aux usages dans certains cas. Pour qu'il y ait usage dont la valeur soit reconnue par les tribunaux, il faut qu'il y ait une habitude suivie et pratiquée de longue date dans la profession et la région (généralité, fixité, constance).

### **Les traités internationaux**

La constitution française accorde aux traités internationaux une valeur supérieure à celle des lois, s'ils sont intégrés dans notre droit. En matière sociale notamment, les traités européens constituent une source directe du droit du travail.

## **SOURCES INTERNES**

Les sources internes sont les suivantes, par ordre croissant de hiérarchie :

### **Le contrat de travail**

Le contrat de travail peut prévoir des clauses spécifiques, dérogatoires aux lois et conventions collectives, sous réserve que ces clauses soient plus favorables aux salariés.

### **L'usage établi par le chef d'entreprise**

### **Le règlement intérieur**

Mis en place par accord avec les partenaires sociaux, le règlement intérieur crée directement des droits et obligations aux salariés.

### **Le référendum**

### **L'accord d'entreprise ou de groupe**

C'est ainsi qu'un accord d'entreprise, ayant la valeur la plus élevée dans la hiérarchie des normes internes à l'entreprise, peut modifier un usage ou un régime de prévoyance établi par référendum.

Un référendum peut lui-même modifier un régime établi par usage, sous réserve que l'usage ait été préalablement dénoncé et, notamment, que les règles tenant à l'information des salariés et à la consultation des partenaires sociaux aient été respectées.

## **SOURCE JURIDIQUE**

La convention ou l'accord prévoit les formes selon lesquelles et le délai au terme duquel il pourra être renouvelé ou révisé.

*Article L. 2222-5 du Code du travail*

Les organisations syndicales de salariés représentatives, signataires d'une convention ou d'un accord ou qui y ont adhéré conformément aux dispositions de l'article L. 2261-3, sont seules habilitées à signer, dans les conditions prévues au chapitre II du titre III, les avenants portant révision de cette convention ou de cet accord.

*Article L. 2261-7 du Code du travail*

L'avenant portant révision de tout ou partie d'une convention ou d'un accord se substitue de plein droit aux stipulations de la convention ou de l'accord qu'il modifie.

Il est opposable, dans des conditions de dépôt prévues à l'article L. 2231-6, à l'ensemble des employeurs et des salariés liés par la convention ou l'accord.

*Article L. 2261-8 du Code du travail*

# DÉFINITION DES RISQUES COUVERTS ET DES GARANTIES

---

## GÉNÉRALITÉS

Arrêts de travail, invalidité, incapacité, décès, maladie, maternité, la Sécurité Sociale ne prévoit la couverture de ces risques que de façon partielle. C'est pourquoi la loi et les textes conventionnels (accord national interprofessionnel, accord de branche, convention collective) imposent à l'employeur de compléter ces garanties par des régimes collectifs de protection sociale.

La prévoyance complémentaire, qu'elle soit collective ou individuelle, obligatoire ou facultative, constitue désormais un relais nécessaire aux prestations de base de la Sécurité Sociale, en particulier en raison du recul progressif des couvertures qu'elle propose.

## QU'EST CE QUE LA PRÉVOYANCE ?

La prévoyance est une assurance de la personne qui permet de se prémunir contre les risques de l'existence.

La définition légale des opérations de prévoyance résulte de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN. La prévoyance regroupe «les opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage».

La garantie chômage, spécifique, ne sera pas abordée dans cette fiche.

Les couvertures de prévoyance permettent :

- de faciliter l'accès aux soins médicaux en apportant un remboursement complémentaire des dépenses de santé en cas de maladie, de maternité, d'accident... ;
- d'assurer le maintien total ou partiel du salaire en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou d'incapacité ;
- de garantir un capital et des rentes au conjoint et aux enfants en cas de décès de l'assuré ;
- de prévoir un complément financier en cas de dépendance.





## CHOIX DE L’AFFILIATION

---

La plus grande souplesse est accordée à l'entreprise pour la mise en place d'un régime de prévoyance santé, invalidité, décès puisque les garanties collectives sont déterminées.

La souscription d'un régime complémentaire de prévoyance s'inscrit dans la politique sociale de l'entreprise. C'est une décision qui a un coût et repose sur un choix de prestations :

- un complément de salaire en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail ou d'incapacité temporaire ;
- une indemnité et/ou une rente au profit d'un ou plusieurs ayant droits en cas d'invalidité, de décès ;
- un complément de remboursement des frais pharmaceutiques (prise en charge totale ou partielle du « ticket modérateur » c'est-à-dire de la part restant à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité) et médicaux (prise en charge de dépassement d'honoraires, de frais hospitaliers...).

Deux niveaux de choix permettent de qualifier les contrats de prévoyance :

- le choix éventuellement laissé au salarié de s'affilier ou non au régime, qui permet la distinction entre les régimes à adhésion obligatoire ou les régimes à adhésion facultative. Il correspond à la classification commune des contrats collectifs ;

Dans la grande majorité des cas, les régimes de prévoyance d'entreprise sont à adhésion obligatoire. Ils proposent généralement des garanties différenciées par catégorie professionnelle. Ils évoluent périodiquement afin de tenir compte des évolutions législatives, technologiques et sociologiques, et de la croissance de la demande des salariés ou de leurs représentants.

Le cadre collectif apporte aux salariés une couverture à un tarif plus attractif que s'ils s'assuraient individuellement.

De plus, l'employeur, dans le cadre des contrats obligatoires, prend en charge tout ou partie des cotisations. En contrepartie de ce caractère obligatoire, gage d'équité dans l'entreprise, cette participation de l'employeur est exonérée de cotisations sociales dans les limites de certains plafonds. Elle est également déductible de l'impôt sur les sociétés. Pour les salariés, les cotisations n'entrent pas dans le revenu imposable.

Cet avantage fiscal a été supprimé pour les contrats de complémentaire santé, par la loi de finance 2014 :

La part patronale de la cotisation est réintégrée dans le revenu imposable du salarié, ce qui rapportera 1 Md€ aux finances publiques

La Cour des Comptes chiffrait à 4,3 Md€ (Madelin inclus) l'ensemble des exonérations fiscales et sociales dont bénéficiaient les contrats de complémentaire santé. Dans son discours au congrès de la Mutualité française (FNMF), le 20 octobre 2012 à Nice, François Hollande avait annoncé une refonte de ces aides fiscales, au motif que « ce seraient plutôt des cadres de grandes entreprises qui en profiteraient, alors que les personnes les plus défavorisées (chômeurs, retraités) peinent à s'offrir une complémentaire santé.

Issue de la négociation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés, la prévoyance collective est un des éléments majeurs de la protection sociale complémentaire.



## CONTRAT À OPTIONS

---

L'objectif de ce type de contrat est de proposer aux salariés de choisir un bloc de garanties et de niveaux de couverture parmi plusieurs.

En matière de prévoyance "lourde", (exemple : couverture des risques décès et arrêt de travail), il est ainsi possible de prévoir une option privilégiant le versement d'un capital en cas de décès, une seconde option privilégiant le versement d'une rente de conjoint et une troisième mettant l'accent sur le versement d'une rente éducation pour les enfants.

### **Exemple**

*Si nous reprenons le cas du régime traditionnel précédemment étudié, on peut créer 4 options en matière de garantie décès à partir de ce régime.*

***On suppose que les garanties en cas d'arrêt de travail ne sont pas modifiées et demeurent identiques pour les quatre options.***

OPTION CAPITAL	OPTION CAPITAL RÉDUIT ET RENTE ÉDUCATION
<p><b>Décès ou invalidité 3<sup>e</sup> catégorie du salarié</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Célibataire, veuf, divorcé sans enfant 260 %</li> <li>■ Marié sans enfant 320 %</li> <li>■ Assuré avec un enfant 380 %</li> <li>■ Majoration par enfant supplémentaire 60 %</li> </ul> <p><b>Décès simultané ou postérieur du conjoint</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capital supplémentaire égal au capital décès initialement versé.</li> </ul>	<p><b>Décès ou invalidité 3<sup>e</sup> catégorie du salarié</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Célibataire, veuf, divorcé sans enfant 260 %</li> <li>■ Marié sans enfant 320 %</li> <li>■ Assuré avec un enfant 320 %</li> <li>■ Majoration par enfant supplémentaire 60 %</li> </ul> <p><b>Versement d'une rente éducation pour tout enfant à charge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rente de 5,20 % du salaire.</li> </ul> <p><b>Décès simultané ou postérieur du conjoint</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capital supplémentaire égal au capital décès initialement versé.</li> </ul>
OU	
OPTION CAPITAL RÉDUIT ET RENTE DE CONJOINT SURVIVANT	OPTION CAPITAL RÉDUIT ET CAPITAL DÉCÈS ACCIDENTEL
<p><b>Décès ou invalidité 3<sup>e</sup> catégorie du salarié</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Célibataire, veuf, divorcé sans enfant 260 %</li> <li>■ Marié sans enfant 200 %</li> <li>■ Célibataire avec un enfant 380 %</li> <li>■ Marié avec un enfant 380 %</li> </ul> <p><b>Versement d'une rente viagère de conjoint égale à</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rente de 4,60 % du salaire annuel brut.</li> </ul> <p><b>Décès simultané ou postérieur du conjoint</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capital supplémentaire égal au capital décès initialement versé.</li> </ul>	<p><b>Décès ou invalidité 3<sup>e</sup> catégorie du salarié</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Célibataire, veuf, divorcé sans enfant 260 %</li> <li>■ Marié sans enfant 260 %</li> <li>■ Assuré avec un enfant 320 %</li> <li>■ Majoration par enfant supplémentaire 60 %</li> </ul> <p><b>Décès et invalidité accidentels du salarié</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Versement d'un capital supplémentaire de 140 % du salaire annuel brut.</li> </ul> <p><b>Décès simultané ou postérieur du conjoint</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capital supplémentaire égal au capital décès initialement versé.</li> </ul>

Chaque option représente un "bloc" de garanties, qui doit être choisi sans modifications possibles.

Le choix de l'option est fait au moment de l'adhésion.

Les changements d'options sont, en général, autorisés en cas de modification de la situation de famille du salarié (mariage, naissance d'un enfant, ...).

Ils peuvent, également, être autorisés à des périodicités régulières.

### Exemple

Tous les deux ou trois ans.

Ce type de régime présente l'avantage pour le salarié de lui permettre de choisir le type de garantie le mieux adapté à sa situation de famille.

***Exemple***

Le salarié, dont le conjoint ne travaille pas, aura sans doute tout intérêt à choisir l'option 3 (rente de conjoint survivant) de façon à assurer le versement régulier d'un revenu à son conjoint, en cas de décès.

Ce type de contrat se rencontre de plus en plus fréquemment dans la plupart des moyennes et grandes entreprises. Son coût est un peu plus élevé que celui d'un régime traditionnel, car il suppose l'interrogation des salariés et la gestion, par l'organisme assureur, des choix effectués par chacun.

Le surcoût peut être estimé en moyenne à 1 %.



## TARIFICATION & BUDGET

---

### GÉNÉRALITÉS

La conception d'un régime consiste à définir un ensemble de garanties qui constitue un point d'équilibre entre la philosophie sociale de l'entreprise, ses contraintes budgétaires, les besoins essentiels des salariés et certains de leurs droits acquis.

Il est donc nécessaire pour l'entreprise d'effectuer des choix qui porteront :

- **sur le niveau des garanties :**

elles doivent rester à un niveau raisonnable afin de ne pas entraîner de coûts difficilement maîtrisables ;

- **sur le type d'adhésion :**

le caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion des salariés modifie le contexte fiscal, social et financier du régime ;

- **sur le financement du régime :**

toutes les précautions devront être prises pour en assurer la pérennité.

Il est également utile de savoir comment les différents risques sont tarifés, afin de pouvoir anticiper l'évolution du budget préalablement déterminé.

### LES PRINCIPES DE TARIFICATION

La tarification des contrats collectifs de prévoyance ne diffère guère de celle des contrats individuels. Les fondements théoriques sur lesquels elle repose sont identiques. On y retrouve le même principe d'équilibre entre les flux de recettes et de dépenses, l'ensemble de ces flux étant actualisés au taux d'intérêt technique et probabilisés à l'aide des tables de mortalité.

Nombre de contrats collectifs sont d'ailleurs tarifés et gérés de la même manière que s'il s'agissait d'une juxtaposition de contrats individuels. Ce sont les groupes ouverts à adhésion individuelle, qui recouvrent aussi bien le domaine de la prévoyance que celui de l'épargne-retraite.

Mais dans un certain nombre de cas, l'assureur doit tenir compte des contraintes pratiques imposées par le contractant ou par la nature du contrat souscrit.

Pour les garanties de décès et de survie, leur probabilité de survenance est évaluée à partir de tables de mortalité indiquant le nombre de vivants à chaque âge de la vie humaine, à partir d'un nombre donné de personnes à la naissance.

Sur la base de données relatives à la mortalité générale française publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), des tables de mortalité sont construites.

En France, les compagnies d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance doivent utiliser les tables prévues par la réglementation. Il s'agit soit de tables nationales établies par l'Institut national de la statistique et des études économiques, soit de tables d'expérience propres à chaque organisme d'assurance et certifiées par un actuaire indépendant membre de l'Institut des actuaires.

Les tables TF 00-02 et TH 00-02, homologuées par arrêté du 20 décembre 2005, servent à déterminer les tarifs et les provisions des contrats en cas de vie et des contrats en cas de décès. Il est également possible d'utiliser des tables d'expérience certifiées par un actuaire indépendant ou d'appliquer des coefficients correcteurs dans les contrats collectifs. Ces tables permettent de déterminer à chaque âge (x) de la vie humaine la probabilité d'être encore en vie à un âge (x + n).

Il existe également des tables prospectives, dites « de génération », utilisées pour la tarification des contrats de rente viagère.

De nouvelles tables prospectives de génération pour les femmes et pour les hommes baptisées TGF 05 (tables par génération femmes) et TGH 05 (tables par génération hommes) construites sur la base de populations d'assurés (et non sur celle de la population générale comme précédemment) ont été homologuées et s'appliquent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 aux contrats de rentes viagères, y compris les rentes d'éducation et les rentes de conjoint survivant.

Ces tables d'expérience peuvent offrir des tarifs compétitifs, tout en respectant leurs équilibres techniques. De nombreuses tables d'expérience ont été construites et certifiées ces dernières années, surtout pour les garanties annuelles en cas de décès.

Il existe également des tables prospectives, dites « de génération », utilisées pour la tarification des contrats de rente viagère. De nouvelles tables prospectives de génération pour les femmes et pour les hommes baptisées TGF 05 (tables par génération femmes) et TGH 05 (tables par génération hommes) construites sur la base de populations d'assurés (et non sur celle de la population générale comme précédemment) ont été homologuées et s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 aux contrats de rentes viagères, y compris les rentes d'éducation et les rentes de conjoint survivant.

*Articles A 335-1 et A 335-1-1 du Code des assurances, A 212-10 du Code de la mutualité et A 931-10-10 du Code de la Sécurité sociale*

S'agissant des autres risques couverts dans le cadre d'assurance de groupe (décès accidentel, incapacité de travail, invalidité, remboursement de frais médicaux) pour lesquels il n'existe aucune disposition légale les assureurs ont la faculté de se reporter, en les adaptant, aux barèmes établis par le Bureau commun des assurances collectives (BCAC).

### **Le paramètre financier : le taux d'intérêt technique**

L'aspect financier de l'assurance vie repose sur la capitalisation financière, caractérisée par l'utilisation d'un taux d'intérêt appelé « taux d'intérêt technique », dont les conditions sont fixées par le Code des assurances.

Celui-ci détermine notamment son niveau maximal par référence au taux moyen des emprunts d'État (TME). Il sert à la tarification des contrats et au calcul des engagements de l'assureur (les provisions mathématiques) envers les assurés.

Ses modalités varient en fonction du type de contrat d'assurance (à cotisations périodiques, unique...) et de la durée des engagements.

### **La participation aux bénéfices**

L'assureur doit faire participer les assurés à ses résultats par l'intermédiaire de la participation aux bénéfices, qui dépend des produits financiers et techniques dégagés par la gestion des contrats d'assurance vie.

Les assureurs sont tenus de distribuer un pourcentage minimal de ces bénéfices, fixé par la réglementation, mais peuvent naturellement aller au-delà de ce niveau légal.

La participation aux bénéfices peut être affectée intégralement et immédiatement au contrat.

L'assureur peut aussi choisir d'en différer le versement, pour tout ou partie, et constituer une réserve pour les années futures appelée provision pour participation aux bénéfices. Il doit toutefois redistribuer ces bénéfices dans les huit ans qui suivent leur constatation.

En cas de conjoncture difficile, les assureurs peuvent être amenés à utiliser cette provision pour participation aux bénéfices, qui permet de lisser dans le temps les bonnes et les mauvaises années et d'offrir ainsi un taux de rendement stable aux assurés. Le niveau de ces provisions, qui dépend notamment de l'ancienneté et de la composition des portefeuilles, varie selon les entreprises d'assurances, certaines choisissant de ne pas avoir recours à ce mécanisme. De ce fait, les taux de rendement diffèrent d'un assureur à l'autre, et même d'un contrat à l'autre.



## **UNE INTERMÉDIATION DE LA RELATION AVEC LES ASSURÉS**

L'assureur «groupe» n'a pas toujours connaissance de l'identité de ses assurés. Parfois, il l'ignore même complètement : lorsque la nature du contrat rend inutile une gestion individualisée des adhérents, la relation de l'assureur avec les assurés est le plus souvent totalement intermédiée par le contractant.

Cette intermédiation, qui porte principalement sur l'appel et la collecte des primes (1), n'interdit cependant pas à l'assureur d'entretenir, si besoin est, une liaison directe avec les assurés sinistrés pour la gestion individualisée des prestations.

## **LA MISE EN ŒUVRE DE BARÈMES SIMPLIFIÉS**

Le contractant qui opère le prélèvement des primes auprès des adhérents pour le compte de l'assureur n'est généralement pas en mesure de gérer des barèmes complexes de tarification. Ce n'est ni son rôle, ni son métier.

Aussi, le tarif est-il assez fréquemment réduit à sa plus simple expression: un taux unique de prime, indépendant de l'âge de l'assuré.

## **UNE EXPERTISE TECHNIQUE RIGOUREUSE**

La tarification des contrats groupe exige du savoir-faire et une longue expérience : l'assureur doit compenser le flou qui entoure assez fréquemment les informations statistiques dont il dispose par une expertise technique rigoureuse.



## TABLES DE MORTALITÉ

## TABLE TPRV 1993

*(correspondante à la génération 1950)*

Âge	Lx	Âge	Lx	Âge	Lx
0 .....	100 000	38 .....	93 871	76 .....	80 198
1 .....	97 047	39 .....	93 774	77 .....	78 913
2 .....	95 995	40 .....	93 670	78 .....	77 462
3 .....	95 793	41 .....	93 560	79 .....	75 840
4 .....	95 653	42 .....	93 442	80 .....	74 030
5 .....	95 556	43 .....	93 318	81 .....	72 016
6 .....	95 515	44 .....	93 185	82 .....	69 780
7 .....	95 477	45 .....	93 043	83 .....	67 306
8 .....	95 442	46 .....	92 892	84 .....	64 621
9 .....	95 410	47 .....	92 732	85 .....	61 719
10 .....	95 379	48 .....	92 560	86 .....	58 596
11 .....	95 359	49 .....	92 378	87 .....	55 255
12 .....	95 336	50 .....	92 183	88 .....	51 700
13 .....	95 311	51 .....	91 976	89 .....	47 999
14 .....	95 284	52 .....	91 756	90 .....	44 172
15 .....	95 254	53 .....	91 520	91 .....	40 248
16 .....	95 221	54 .....	91 273	92 .....	36 261
17 .....	95 185	55 .....	91 013	93 .....	32 253
18 .....	95 144	56 .....	90 741	94 .....	28 330
19 .....	95 101	57 .....	90 455	95 .....	24 535
20 .....	95 056	58 .....	90 155	96 .....	20 914
21 .....	95 008	59 .....	89 844	97 .....	17 513
22 .....	94 957	60 .....	89 523	98 .....	14 373
23 .....	94 904	61 .....	89 191	99 .....	11 530
24 .....	94 850	62 .....	88 849	100 .....	9 014
25 .....	94 794	63 .....	88 498	101 .....	6 843
26 .....	94 736	64 .....	88 126	102 .....	5 023
27 .....	94 677	65 .....	87 733	103 .....	3 547
28 .....	94 617	66 .....	87 319	104 .....	2 395
29 .....	94 555	67 .....	86 882	105 .....	1 535
30 .....	94 491	68 .....	86 422	106 .....	926
31 .....	94 424	69 .....	85 911	107 .....	519
32 .....	94 356	70 .....	85 343	108 .....	267
33 .....	94 285	71 .....	84 711	109 .....	123
34 .....	94 211	72 .....	84 007	110 .....	50
35 .....	94 133	73 .....	83 224	111 .....	17
36 .....	94 050	74 .....	82 337	112 .....	5
37 .....	93 963	75 .....	81 333	113 .....	1



## LES INTERVENANTS

---

### LES INTERMÉDIAIRES

Afin de mettre en œuvre un régime et de sélectionner un organisme assureur, les entreprises peuvent faire appel à un intermédiaire.

Est un intermédiaire d'assurance ou de réassurance toute personne qui, contre rémunération, exerce une activité d'intermédiation en assurance ou en réassurance.

Il existe trois catégories d'intermédiaires : les courtiers en assurances, les agents d'assurances, les consultants.

### COURTIERS EN ASSURANCES

Les courtiers peuvent exercer en profession libérale ou en société de courtage. Ils sont mandataires de l'entreprise (et donc totalement indépendants à l'égard des organismes assureurs). Leur statut est réglementé par le Code des assurances.

Leur rôle consiste, à la demande de l'entreprise, à rédiger un cahier des charges comportant les garanties et niveaux de garanties souhaités, puis à saisir des sociétés d'assurances pour étudier et mettre en place un contrat.

Ils peuvent, également, une fois le régime mis en place, assumer tout ou partie de sa gestion, par délégation de l'assureur.

#### *Exemple*

*Gestion et règlement des sinistres en matière de remboursement de frais médicaux.*

Les courtiers développent de plus en plus un service d'assistance aux entreprises dans la maîtrise des dépenses de santé, notamment grâce à l'embauche de praticiens-conseils ou à la mise en place de conseils téléphoniques aux assurés.

Les courtiers sont rémunérés par l'assureur :

- à la fois pour leur travail sur la mise en place du contrat et la recherche de l'assurance : commission d'apport déterminée en général en pourcentage du montant des cotisations payées ;
- ainsi que pour leur travail de gestion : commission de gestion également calculée en pourcentage des cotisations payées à l'assureur.

Les institutions de prévoyance et les mutuelles ne peuvent réglementairement distribuer leurs produits par l'intermédiaire de courtiers et doivent donc obligatoirement travailler "en direct".

Seules, les compagnies d'assurances sont autorisées à utiliser des intermédiaires.

## Devoir de conseil des intermédiaires : Entre loi et jurisprudence, où en est la réglementation ?

Harmonisée et formalisée par la loi du 15 décembre 2005, le devoir de conseil des intermédiaires reste largement guidé par la jurisprudence antérieure. Tour d'horizon de ces obligations, qui conduisent l'intermédiaire à tout savoir, ou presque, sur son futur client...

L'obligation de conseil des intermédiaires ne date pas d'hier. Créé par les tribunaux, le devoir de conseil est issu du droit commun des contrats et fondé principalement sur les articles 1134, 1135, et 1147 du Code civil. La jurisprudence relative à l'obligation de conseil liée au statut professionnel de l'un des contractants, s'est développée autour de chaque métier, son contenu se précisant au cas par cas. Le premier arrêt concernant les intermédiaires remonte à 1964 (Civ. 1<sup>re</sup>, 10 novembre 1964, pourvoi n° 62-13411) : « Le courtier doit être un guide sûr et un conseil expérimenté. » Aussi large que célèbre, la formule a laissé place à beaucoup d'interprétations et d'hétérogénéité. Ce qui a laissé la profession dans l'incertitude quant à la forme que le devoir de conseil devait revêtir, se révélant source de conflits.

En créant une obligation d'information et de conseil propre aux intermédiaires, l'objectif de la loi du 15 décembre 2005 était de formaliser le devoir de conseil pour en diminuer le contentieux. L'idée était d'en harmoniser les formes pour créer un socle commun à tous les intermédiaires. C'est ce que précise l'article L. 520-1 du Code des assurances en prévoyant « une obligation d'information et de conseil » générale s'appliquant à tous les contrats (excepté les grands risques et la réassurance). Ces dispositions ont ensuite été étendues aux contrats d'assurance vie et de capitalisation par l'ordonnance du 30 janvier 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Pour l'intermédiaire, le devoir de conseil se décline en trois étapes : se présenter, puis écouter et reformuler les besoins du client, et, enfin, se justifier sur le ou les contrats qu'il propose. Le tout par écrit, de manière claire et avant la conclusion du contrat. Ainsi, l'intermédiaire doit tout mettre en œuvre pour fournir un conseil approprié à la situation de son client et lui proposer un contrat « adapté »..

## UN VRAI CAHIER DES CHARGES

La loi de 2005 impose donc tout d'abord au courtier de se positionner à l'égard du fournisseur : est-il indépendant, pour qui travaille-t-il, quels sont ses liens avec les assureurs, quelle est la taille de sa structure, et, dans certains cas, quelle est sa rémunération ? L'objectif est d'établir une relation de confiance entre le client et son courtier fondée sur la transparence.

L'intermédiaire doit ensuite recueillir toutes les informations nécessaires sur le client pour appréhender au mieux ses besoins, poser les « bonnes questions » pour amener son client à exprimer clairement la nature et l'ampleur du risque. Le conseil dépend souvent de la nature du produit (dommages, vie), de sa complexité (risques d'entreprise...), sans oublier la situation personnelle du client. Il s'agit ni plus ni moins que de rédiger un cahier des charges.

## ÉCRIT OBLIGATOIRE, SANS VALEUR PROBATOIRE

Au vu des besoins du client, et seulement après les avoir reformulés par écrit, l'intermédiaire peut proposer un ou plusieurs contrats d'assurance. Il devra indiquer s'il a analysé l'ensemble du marché ou s'il s'est contenté d'une étude plus restreinte. Le tout, là encore, par écrit. Il s'agit d'orienter le client vers les bonnes opportunités, au mieux de ses intérêts.

Finalement, faut-il conclure ou non ? En théorie, chaque prestation de conseil est unique. En pratique, la plupart des sociétés de courtage mettent à disposition de leurs collaborateurs des « lettres de mission », appelées aussi « recueil de besoins ». Plus ce dernier est détaillé, moins l'intermédiaire prend le risque d'engager sa responsabilité. L'exercice est parfois difficile, car il impose au courtier de s'immiscer dans la vie personnelle de son client, notamment en matière d'assurance vie, pour laquelle les questions sont parfois à la limite de l'indiscrétion (situation familiale, profession, patrimoine immobilier, crédits en cours, état de santé, etc.).

Au regard de l'impact des décisions prises, l'obligation de conseil subsiste durant l'exécution du contrat, voire après la réalisation du sinistre. D'ailleurs, il est conseillé de toujours vérifier « l'adéquation du contrat » avec la situation de l'assuré à chaque renouvellement, ou reconduction éventuelle.

L'obligation de conseil est une obligation de moyens. En cas de litige, le courtier devra prouver, qu'il a, par écrit, su reformuler les exigences de son client et amené le souscripteur éventuel à exprimer clairement ses besoins. A priori, l'écrit est une modalité obligatoire d'exécution du devoir de conseil, mais pas la règle de preuve. Autrement dit, l'écrit ne devrait pas suffire à prouver l'exécution du devoir de conseil. La jurisprudence ne s'est pas encore prononcée sur ce point. Ni même sur d'autres aspects de la loi qui restent encore très flous, notamment la notion de contrat « adapté ». Il est encore trop tôt pour estimer l'impact jurisprudentiel de la loi de 2005, dans la mesure où elle ne s'applique qu'aux contrats conclus ou renouvelés à partir du 30 avril 2007. La jurisprudence antérieure (article L. 511-1 du Code des assurances) conserve donc toute sa valeur.

*Argus de l'Assurance, Emmanuelle Bernard - le 20 septembre 2011*

## **L'OBLIGATION DE MISE EN GARDE**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'intermédiaire en assurances doit mettre en garde l'éventuel souscripteur d'un contrat d'assurance vie ou d'autres produits d'épargne (mentionnés aux articles L. 132-5-3, et 441-1 du Code des assurances) s'il ne lui apporte pas toutes les informations demandées. Il doit également vérifier les connaissances et l'expérience du souscripteur en matière financière. Enfin, il a obligation de préciser les besoins du souscripteur et les raisons qui motivent le conseil de souscrire ce contrat en particulier. La mise en garde est effectuée avant la conclusion du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

*Article L. 520-1 du Code des assurances créé par l'ordonnance du 30 janvier 2009*

## **LES CONTRATS À DISTANCE N'ÉCHAPPENT PAS À LA RÈGLE**

En cas de commercialisation à distance, le conseil reste obligatoire avant la conclusion du contrat, mais il peut être apporté oralement. Ensuite, les informations recueillies devront être, « sitôt le contrat conclu, communiquées au souscripteur sur support papier ou tout autre support durable ». Tous les contrats sont concernés, sauf les contrats d'assurance automobile, de courte durée ou exécutés pendant l'écoulement du délai de renonciation. Les dispositions applicables sont les articles L. 112-2-1, R. 520-2, R. 112-4, R. 112-5 du Code des assurances et L. 121-20-8 du Code de la consommation.

## **AGENTS D'ASSURANCES**

Les agents sont les mandataires de la Compagnie d'assurances qu'ils représentent et ne peuvent donc proposer que les produits de cette compagnie.

Ils sont rémunérés de la même façon que les courtiers ; ils peuvent, en outre, être globalement intéressés par l'assureur aux résultats de l'ensemble des contrats de prévoyance gérés par cette compagnie.

Leur statut est également réglementé par le Code des assurances.

L'obligation de conseil est d'origine jurisprudentielle. L'erreur ou le défaut d'information de l'agent à l'égard de ses clients engage la responsabilité de la compagnie d'assurance. Celle-ci peut ensuite se retourner en responsabilité contre son agent, pour faute dans l'exécution de son mandat.

Pour leur activité d'intermédiation, l'employeur ou mandant est civilement responsable, dans les termes de l'article 1384 du Code civil, du dommage causé par la faute, l'imprudence ou la négligence de ses employés ou mandataires agissant en cette qualité, lesquels sont considérés comme des préposés, nonobstant toute convention contraire.

*Article L. 511-1 du Code des assurances*

## CONSULTANTS

Les consultants exercent, soit en profession libérale, soit en société, pour :

- rédiger le cahier des charges ;
- étudier le régime de prévoyance ;
- et aider l'entreprise à sélectionner l'organisme assureur.

Ces consultants ne sont mandataires que de l'entreprise (leur client) et sont directement rémunérés par elle, sur honoraires.

De la même façon que pour l'organisme assureur, rappelons que la loi du 8 août 1994 prévoit que, si l'intermédiaire est désigné dans le régime de prévoyance, son choix doit être réexaminé tous les 5 ans.

## INTERMÉDIAIRE MUTUALISTE

Mutuelle ou union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité présentant, en application d'un contrat collectif, des garanties dont le risque est porté par un autre organisme mutualiste.

*Article L. 221-3 du Code de la mutualité*

Une mutuelle ou une union, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, peut faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

Pour ce faire elle peut souscrire un contrat collectif auprès d'une :

- mutuelle ou d'une union ;
- institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale ;
- entreprise relevant du Code des assurances.

La décision doit tout d'abord être adoptée par le conseil d'administration puis être ratifiée par l'assemblée générale du groupement.

La convention qui est alors passée entre les organismes assureurs détermine les droits et obligations respectifs des mutuelles et des unions concernées et, notamment, les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les dispositions du titre II "opérations des mutuelles et des unions" du livre II du Code de la mutualité, relatives à l'information des membres participants ainsi que du groupement souscripteur.

*Article L. 221-1 à L. 22-1 du Code de la mutualité*

À l'issue, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat collectif souscrit par la mutuelle ou l'union, sont tenus de s'y affilier.

La directive européenne 2002/92/EC relative à l'intermédiation en assurance devrait bientôt être transposée en droit interne.

## UN NOUVEAU CADRE JURIDIQUE POUR LES INTERMÉDIAIRES

Les intermédiaires d'assurance bénéficient d'un nouveau cadre juridique. Ils devront, par ailleurs, être inscrits sur le registre des intermédiaires en assurance prévu à l'article L. 512-1 du Code des assurances et mis en place à compter du 31 janvier 2007. Il sera librement consultable par le public à l'adresse : [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

La mise en ligne du registre permettra d'améliorer l'information du public sur les personnes qui distribuent contre rémunération les produits élaborés par les entreprises d'assurance, comme le prévoyait la directive européenne du 9 décembre 2002 relative à l'intermédiation des assurances.



### **Le registre des intermédiaires en assurance**

Le registre recensera l'ensemble des intermédiaires d'assurance (personnes physiques ou morales autorisées à exercer l'activité d'intermédiation en assurance ou en réassurance en France) qui seront inscrits dans l'une des catégories suivantes : courtier d'assurance, agent général d'assurance, mandataire d'assurance, mandataire d'intermédiaire d'assurance.

Il mentionnera également les intermédiaires d'autres États européens qui ont fait connaître leur intention d'exercer sur le territoire français en régime de libre prestation de services ou de libre établissement.

Cette inscription ne concerne pas les personnes salariées d'un intermédiaire : seul leur employeur est immatriculé.

L'inscription sur le registre atteste que ces personnes remplissent les conditions et exigences prévues par le code des assurances, en conformité avec le droit européen, pour pratiquer cette activité.

### **Le rôle de ORIAS**

L'ensemble de ces conditions et exigences est vérifié par l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) préalablement à l'immatriculation de l'intermédiaire sur le registre et à toute inscription complémentaire dans une autre catégorie d'intermédiaires.

Le registre est tenu, pour le compte de l'État, par une association composée des organismes représentatifs des professions concernées et dénommée Orias (Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance).

Par ailleurs, ORIAS vérifiera annuellement le respect de l'exigence fait aux intermédiaires de justifier d'une assurance de responsabilité civile professionnelle et/ou d'une garantie financière.

L'immatriculation sur le registre est obligatoire. Les intermédiaires disposent d'un délai de trois mois à compter de la date de mise en place du registre pour s'immatriculer.

Toutefois, les courtiers qui étaient inscrits dans l'ancien fichier de l'Alca (Association de la liste des courtiers en assurance) sont inscrits automatiquement dès lors qu'ils satisfont aux exigences requises. Pour les agents généraux d'assurance, les mandataires d'assurance et les mandataires d'intermédiaires, les formalités d'immatriculation pourront être accomplies par la personne physique ou morale mandante. Les dossiers d'immatriculation peuvent être téléchargés directement sur le site de l'Orias.



## CONTENU DU RAPPORT ANNUEL SUR LES COMPTES

---

La liste des rubriques qui doivent obligatoirement figurer dans le rapport est prévue par le décret n° 90-769 du 30 août 1990.

L'organisme assureur dispose d'une relative liberté dans l'élaboration du rapport annuel sur les comptes, la liste des rubriques ne constituant qu'une énumération minimale.

Le rapport doit comporter les éléments d'information suivants :

*Article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990*

- le montant des cotisations ou primes encaissées 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 :
  - des produits financiers nets,
  - des commissions,
  - des autres charges,
  - des participations aux résultats,
  - du résultat de la réassurance,
- le nombre de salariés garantis.

Lorsqu'il s'agit d'un contrat groupe ouvert, couvrant un ensemble d'entreprises qui appartiennent à des secteurs professionnels différents, le rapport doit également fournir des indications sur les caractéristiques des entreprises adhérentes :

- nombre d'entreprises ;
- taille des entreprises ;
- secteurs d'activité, ...

Les primes ou prestations doivent être exprimées brutes de réassurance, car cette opération ne concerne que l'assureur du régime. C'est à lui de prendre en charge les conséquences d'une défaillance éventuelle de son réassureur et non pas à l'entreprise ou aux assurés (les salariés).

L'organisme qui se réassure reste le seul responsable du paiement des prestations aux assurés.

L'entreprise doit également pouvoir connaître le montant des provisions techniques constituées par l'assureur pour faire face à ses engagements, ainsi que le montant des produits financiers générés par la gestion de ces provisions.

Depuis la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 (portant diverses mesures d'ordre économique et financier), l'organisme assureur doit fournir la méthodologie de calcul de chacune des catégories de provisions constituées.

Les provisions techniques correspondant aux opérations d'assurance autres que celles sur la vie sont les suivantes :

*Article R. 331-6 du Code des assurances*

■ **provision mathématique des rentes en cours de service :**

■ valeur actuelle des engagements de l'entreprise en ce qui concerne les rentes et accessoires des rentes mis à sa charge. Pour le calcul de ces provisions, l'organisme assureur doit utiliser les tables légales ;

■ **provision pour double effet :**

■ elle est destinée à couvrir le risque décès du conjoint survivant ;

■ **provision pour primes émises non acquises :**

■ destinée à constater la part des primes émises et celle des primes restant à émettre entre la date de clôture de l'exercice et celle du prochain appel de cotisations ;

■ **provision pour risques en cours :**

■ destinée à couvrir la charge des sinistres et des frais afférents au contrat entre la date de clôture de l'exercice et la date du prochain appel de cotisations ;

■ **réserve de capitalisation :**

■ réserve de plus-values obtenues sur produits financiers ;

■ **provision pour sinistres à payer :**

■ valeur estimative de tous les frais nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, à la date de l'inventaire, augmentée d'une provision forfaitaire pour sinistres non déclarés (y compris les capitaux constitutifs de rentes non encore mis à la charge de l'entreprise) ;

■ **provision pour risques croissants :**

■ provision pouvant être exigée pour les opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité et égale à la différence entre la valeur actuelle des engagements pris par l'assureur et ceux pris par les assurés ;

■ **provision pour égalisation :**

■ provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférente aux opérations d'assurance de groupe contre les risques de dommages corporels. Elle est alimentée pour fraction du solde technique excédentaire et sert à couvrir, à concurrence de son montant, les éventuels soldes débiteurs futurs du compte technique ;

■ **provision mathématique des réassurances :**

■ provisions qui doivent être constituées uniquement par les organismes réassureurs et qui sont constituées de la différence entre la valeur actuelle des engagements pris par eux et des engagements pris par les organismes qu'ils réassurent ;

■ **toutes autres provisions techniques pouvant être fixées par décret en Conseil d'État.**

Les commissions que l'organisme assureur peut verser aux apporteurs du contrat (courtiers), doivent être distinguées de ses propres frais de gestion du contrat.

Rappelons, dans ce cadre, que l'obligation quinquennale de réexamen du choix de l'organisme assureur, instaurée par la loi du 8 août 1994, s'applique également aux intermédiaires.

En cas de coassurance d'un régime, chaque assureur présentera un compte de résultat distinct.

L'ensemble des risques de l'entreprise doit être couvert par les ressources propres du contrat.

D'une façon synthétique, le compte de résultat peut être lu de la façon suivante :

<b>Crédit</b>	<b>Débit</b>
Prestations payées	Cotisations reçues
Provisions aux 31 décembre année N	Provisions aux 31 décembre année N - 1
Frais de gestion	Produits financiers
Solde créditeur	Solde débiteur
↓ Réserve de stabilité	↑ Réserve de stabilité



# SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE ET AFFILIATION DES SALARIÉS

---

## SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Parallèlement à la mise en place de la couverture de prévoyance dans l'entreprise, l'employeur doit garantir les engagements ainsi pris. Il peut le faire en souscrivant un contrat d'assurance auprès d'un organisme assureur (société d'assurance, institution de prévoyance, mutuelle ou institution de retraite supplémentaire). Cette gestion externe est obligatoire lorsqu'il s'agit de prévoyance. Le contrat d'assurance doit précisément correspondre aux modalités de la couverture de prévoyance telles que définies par l'accord collectif, le référendum ou la décision unilatérale de l'employeur.

Les effets de la souscription dépendent de la nature de l'organisme assureur.

## SOCIÉTÉS D'ASSURANCE

La relation qui se noue entre l'assureur et l'entreprise ou l'assureur et les salariés, est purement contractuelle.

## SOCIÉTÉS D'ASSURANCE MUTUELLES, INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ET MUTUELLES

L'entreprise ou le salarié adhère à l'organisme assureur, c'est-à-dire qu'il accepte l'application des dispositions des statuts de l'organisme, à la gestion duquel il pourra participer soit directement, soit par l'intermédiaire de ses représentants. Ainsi, en cas de rupture du contrat, l'entreprise ou le salarié devra démissionner des organes de l'organisme assureur auxquels il est représenté (assemblée générale ou conseil d'administration).

Le contenu des garanties et les obligations respectives de l'organisme assureur et des assurés se trouvent dans les documents suivants :

- pour les sociétés d'assurances : contrat (clauses générales et particulières) ;
- pour les institutions de prévoyance : règlement (et bulletin d'adhésion au règlement) ;
- pour les mutuelles : statuts ou règlement (pour les caisses autonomes mutualistes).

### Documents à la souscription

- pour les sociétés d'assurances : contrat (clauses générales et particulières) ;
- pour les institutions de prévoyance : règlement (et bulletin d'adhésion au règlement) ;
- pour les mutuelles : statuts ou règlement (pour les caisses autonomes mutualistes).

## PORTÉE DES CLAUSES CONVENTIONNELLES DÉSIGNANT UN UNIQUE ORGANISME ASSUREUR

**Le 13 juin 2013, le Conseil constitutionnel a déclaré les clauses de désignation, issues de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale complété par la loi de sécurisation de l'emploi, contraires à la Constitution.**

Les signataires de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, généralisant les couvertures santé, avaient décidé de laisser aux entreprises le soin de choisir leur assureur. En autorisant les accords professionnels à désigner l'organisme assureur de ces couvertures santé, le législateur a pris le risque d'ouvrir le débat sur la conformité à la Constitution de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale. La décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 déclare cet article contraire à la Constitution, dans sa rédaction historique de 1994 et dans son complément résultant de la loi de sécurisation de l'emploi, en tant que l'atteinte à la liberté est disproportionnée, ce que soutenaient nombre d'observateurs depuis 1994.

### POURQUOI LE CONSEIL CONSTITUTIONNEL ÉCARTE-T-IL LES CLAUSES DE DÉSIGNATION ?

Le Conseil constitutionnel rappelle que la loi peut apporter à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle des limitations justifiées, notamment par l'intérêt général, si elles sont proportionnées à l'objectif poursuivi. Il considère que la mutualisation des risques, en ce qu'elle facilite l'accès de toutes les entreprises d'une branche à une protection sociale complémentaire, caractérise l'intérêt général. Mais il mesure que l'obligation pour toutes les entreprises d'adhérer au même organisme assureur désigné par l'accord professionnel est disproportionnée à l'objectif poursuivi, constat étant établi que la mutualisation peut être réalisée par d'autres voies que celle de la désignation ; le Conseil vise notamment la recommandation d'un assureur de référence, ou encore l'identification de plusieurs assureurs proposant - et non imposant - des contrats de référence et non des adhésions obligatoires. En revanche, en contrepartie de son référencement par la profession, l'assureur désigné ou recommandé s'engage à accepter l'adhésion de toutes les entreprises quelle que soit leur exposition au risque.

Avant d'être de l'assurance collective des personnes, la prévoyance collective est de la protection sociale complémentaire. La solidarité peut jouer un rôle décisif en la matière et conduire les instances juridictionnelles supranationales à condamner la France du fait de l'inconstitutionnalité de principe des clauses de désignation. Le texte du gouvernement vise de ce fait à concilier la décision des Sages du Conseil constitutionnel et les arrêts de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE). Il en résulte une nécessaire ingénierie juridique dans la mise en œuvre des clauses (éventuelles) de recommandation, qui supposent le respect d'une exigence de transparence (lire encadré).

### DÉFINIR POUR APPRÉHENDER

La maîtrise du droit de la prévoyance exige une parfaite connaissance de la différence entre :

- système de prévoyance, identifié par la seule fixation de la nature et du niveau des prestations. On est en présence d'une rémunération différée, individualisable grâce au provisionnement des engagements. De ce fait, aux garanties résultant de la convention de branche, on peut déroger défavorablement par accord d'entreprise, sauf disposition contraire (Code du travail article L. 2252-1). Chaque employeur choisit son assureur. Ici, la clause de désignation est (a toujours été) illicite pour atteinte disproportionnée à la libre concurrence ;
- régime de protection sociale, qui poursuit en plus un objectif de solidarité, matérialisé notamment par des droits non contributifs, une action sociale, une politique de prévention. Pour alimenter ces droits supplémentaires, un pot commun est nécessaire. À défaut d'y recevoir les cotisations de toutes les entreprises, la mission d'intérêt économique général ainsi décidée : ne peut être mise en œuvre. C'est ce qui justifiait la clause de désignation dans la convention de branche (Code de la Sécurité sociale, ancien article L. 912-1) et l'impossibilité d'y déroger par accord d'entreprise (Code du travail, article L. 2253-3).



Solidarité et sécurité sociale étant consanguines, on est en présence d'une convention collective de sécurité sociale (Paul Durand, « Droit social », 1960). L'objectif de solidarité, confère un but légitime à une atteinte, proportionnée de ce fait, à la liberté tant économique que contractuelle.

## DÉCISION DES SAGES ET ARRÊTS DE LA CJUE

Pour le juge communautaire, un accord de prévoyance de branche ne concrétise pas une entente prohibée entre entreprises (article 101 du traité de fonctionnement de l'Union européenne, TFUE) en raison de la reconnaissance du droit fondamental de négociation des partenaires sociaux par la Charte des droits sociaux de 1989 et celle des droits fondamentaux de l'Union européenne de décembre 2000. De plus, il s'agit d'améliorer les conditions de travail et non de distribuer un produit de consommation.

Une clause de désignation ne crée pas une position dominante abusive (art. 102 TFUE) au profit de l'assureur s'il est mis en œuvre un degré élevé de solidarité (en liaison avec l'objectif de l'Union européenne de promouvoir la protection sociale comme moyen de réaliser le marché unique). Cette jurisprudence est ancienne (Albany et a., 21 septembre 1999, Van Der Woode, 21 février 2000). Elle n'est pas née de « l'affaire des boulangers » (AG2R, 3 mars 2011), dont le seul intérêt est relatif aux clauses de migration, considérées également licites parce que, à défaut de pouvoir recueillir les cotisations de toutes les entreprises de la branche, non seulement une antisélection se ferait au détriment du pot commun, mais encore la mission d'intérêt économique général résultant de la solidarité ne pourrait pas être assumée.

Cette jurisprudence communautaire doit être mise en perspective avec le droit interne, et spécialement avec la faculté offerte par l'article L. 420-4 du Code de commerce sur la libre concurrence de déroger aux articles L. 420-1 et L. 420-2 relatifs à la prohibition des ententes entre entreprises (art. 101 TFUE) et aux positions dominantes abusives (102 TFUE). C'est ce que faisait l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale. Voilà pourquoi la Cour de cassation, puis le Conseil d'État ont toujours validé les clauses de désignation et de migration.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 13 juin 2013, déclare inconstitutionnelles les clauses de désignation au nom d'une atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle et à celle d'entreprendre, invoquant à cet effet l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. On pourrait faire remarquer à l'assemblée des Sages qu'un degré élevé de solidarité confère un but légitime à une atteinte à ces droits fondamentaux, ainsi proportionnée. Au demeurant, la formulation induit que sont frappées d'excommunication toutes les garanties sociales, dont les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) pour la formation, les caisses de congés payés, ou, peut-être encore, l'Agirc et l'Arrco ! Rappelons qu'elles sont objets de négociations collectives (article L. 2221-1 du Code du travail), mais aussi qu'elles irriguent tout le livre IX du Code de la Sécurité sociale dédié à la protection sociale complémentaire.

### **Une condamnation de la France, qui se gargarise de son modèle social, ferait particulièrement désordre !**

L'abrogation de l'article L. 912-1, dont la fonction est seulement d'indiquer les clauses obligatoires devant figurer dans les accords lorsqu'est prévue une clause de désignation, induit néanmoins, du fait des considérants 11 et 12 de la décision, l'inconstitutionnalité de ces clauses. De ce fait, la loi suprême française est en délicatesse avec les textes importants de l'Union européenne, au premier rang desquelles les chartes de 1989 et 2000. En effet, l'impossibilité de constituer un pot commun alimenté par les cotisations de toutes les entreprises empêche la poursuite d'un objectif de solidarité. De ce fait la loi française méconnaît le caractère de droit fondamental de la négociation collective, comme, du reste, l'objectif de l'Union européenne de favoriser un degré élevé de protection sociale. Or, les États membres ont l'obligation (article 4, §3, du traité de l'Union Européenne) de ne rien faire compromettant les objectifs de l'Union, et même de l'accompagner dans ses initiatives. Par voie de conséquence, la France s'expose à une action en manquement devant la Commission (article 258 du TUE), éventuellement suivie d'une action devant la CJUE. Une condamnation de la France, qui se gargarise de son modèle social, ferait particulièrement désordre !

Une action pourrait aussi être diligentée devant le Comité européen des droits sociaux, chargé de faire respecter la Charte sociale européenne (ici c'est de la grande Europe dont il s'agit) de 1961 révisée en 1995. On peut même imaginer une action devant la Cour européenne des droits de l'homme. La Cour de cassation a ainsi écarté la prétention d'un salarié <sup>(1)</sup> à ne pas relever de l'assureur choisi par accord d'entreprise au nom d'une atteinte à ses libertés issues de la Convention européenne des droits de l'homme, parce que l'intérêt de la collectivité prime, notamment du fait de la solidarité, sur l'intérêt individuel.

## AMENDEMENT GOUVERNEMENTAL ET DROIT SUPRANATIONAL

Déclarer inconstitutionnel le nouvel article L. 912-1 tel qu'il résulte de l'amendement du gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pourrait conduire à rétablir dans leur plénitude les clauses de désignation, c'est-à-dire à l'effet inverse de celui espéré. Cela d'autant que non seulement la Constitution Française pourrait être considérée par la CJUE comme bafouant le TFUE et les chartes de 1989 et de 2000, mais encore que pourrait être consacrée la thèse de l'inapplicabilité de la loi interne contraire au droit communautaire <sup>(2)</sup>.

La pratique des clauses de désignation n'est pas une curiosité hexagonale. Elle est constante dans de nombreux États, par exemple les Pays-Bas. En outre, dans l'affaire AG2R, sa validité a été soutenue par, outre l'État français, la Commission européenne, l'Allemagne et la Belgique. Il faut donc lire le texte de l'article L. 912-1 nouveau comme un moyen, suggéré par le Conseil d'État dans son avis de septembre sur demande du gouvernement, de concilier la décision des Sages et les arrêts de la CJUE. On peut sans doute émettre des critiques à l'égard de cet avis, pris en assemblée plénière, de la haute juridiction administrative, mais ne sont pas recevables celles conçues à partir du seul prisme de l'assurance et de la libre prestation de services en cette matière. Cet avis analyse les effets de la solidarité que l'on ne saurait marginaliser sans risque. Ce n'est donc pas un hasard si la possible recommandation d'un ou plusieurs opérateurs est subordonnée à la poursuite d'un degré élevé de solidarité, exigence inspirée de la jurisprudence communautaire, pour rendre licite la clause de recommandation. L'accord créera de ce fait des droits pour les salariés, liés à la solidarité, à l'action sociale, à la politique de prévention (droits qui ne sont pas la conséquence de la technique assurantielle) s'imposant à toutes les entreprises de la branche, même si l'employeur choisit un autre assureur. C'est aussi parce que, ce faisant, cette entreprise n'alimente pas le pot commun, dont l'utilité est liée à la solidarité et à la prévention, qu'est instauré un différentiel de forfait social. C'est exactement la solution retenue en 2005 lorsqu'on a inventé les contrats responsables, qui se distinguent aussi par la prévention.

La prévoyance collective relève des conditions de travail, et la solidarité peut y jouer un rôle décisif. On ne peut donc pas en traiter seulement sous l'angle des droits de l'assurance et de la concurrence.

Source : *Argus de l'Assurance*, 13 décembre 2013

<sup>(1)</sup> *Soc.*, 24 avril 2013, *Banques populaires*, obs. Jacques Barthélémy, « *Droit social* », juin 2013.

<sup>(2)</sup> *Selon les propositions du 18 juillet 2013 de l'avocat général dans une affaire C 276/12 non encore plaidée.*

## L'EXIGENCE DE TRANSPARENCE

Les exigences et prérogatives du droit du travail ne sont pas suffisantes pour écarter celles du droit économique (arrêts « Laval » et « Viking »). C'est bien ce que fait la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) dans les jurisprudences citées. L'activité de l'assureur désigné par la profession est bien une entreprise au regard du droit de la concurrence, qui prohibe les discriminations en la matière. Un « appel formalisé à la concurrence », sur la base d'un cahier des charges établi par les partenaires sociaux, est de nature à répondre efficacement à une telle exigence. On notera que, s'inspirant du contenu de la référence 1 du bas de page à propos de l'article premier de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, le nouvel article L. 912-1 imposerait, pour que la recommandation soit licite, une telle procédure, dont les modalités seraient fixées par voie réglementaire. À noter toutefois qu'il ressort d'un arrêt de la CJUE du 14 novembre 2013 que d'autres voies sont acceptables si elles disposent d'une raison objective. Ce pourrait être le cas, en matière de prévoyance, lorsqu'existe une institution professionnelle, du type ProBTP, marquée par l'autogestion paritaire. L'appel à la concurrence devient alors surréaliste.

### L'appel d'offres

Un véritable appel d'offres doit être réalisé par la profession, à l'occasion de la sélection de l'organisme assureur qui sera désigné. Cet appel d'offres doit mettre en concours les différents organismes assureurs intéressés. Il doit permettre aux dits organismes d'apprécier le risque afin d'établir une proposition chiffrée d'intervention. Il doit préciser notamment :

- l'effectif de la profession et ses caractéristiques ;
- la taille et le nombre des entreprises ;
- la nature et l'étendue des prestations ;
- et toute autre précision permettant de valoriser l'engagement.

Suite à la suppression des clauses de désignation par le Conseil Constitutionnel, les branches professionnelles attendent toujours les décrets qui doivent préciser les exigences de solidarité dans les régimes et la procédure de mise en concurrence des organismes assureurs en cas de recommandation.



## EXEMPLE DE CALCUL DE RÉINTÉGRATION FISCALE ET SOCIALE SUR 2014

### RÉINTÉGRATION FISCALE

#### RÈGLE

Les cotisations patronales aux régimes complémentaires de prévoyance et santé à caractère collectif et obligatoire sont déductibles à hauteur d'un maximum additionnant :

- 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (soit **1 877,10 €** en 2014) ;
- et 2 % de la rémunération brute.

Le total des deux ne devant pas dépasser 2 % du 8 du plafond annuel de la Sécurité sociale (soit **6 006,72 €** en 2014).

#### Exemple

Un cadre dirigeant est affilié à un régime de prévoyance complémentaire collectif à adhésion obligatoire. Les taux de cotisations se répartissent de la manière suivante :

Tranche de rémunération	Taux Part salariale	Taux Part patronale
Tranche A	2 %	5 %
Tranche B	3 %	3 %
Tranche C	3%	3 %

Sa rémunération est de 182 640 € sur l'année 2014.

#### Montant des cotisations salariales et patronales versées au titre de l'année 2012 pour ce salarié

Tranche de rémunération	Taux Part salariale	Montant Part salariale	Taux Part patronale	Montant Part patronale
TA = 37 548 €	2 %	750,96 €	5 %	1 877,40 €
TB = 112 644 €	3 %	3 379,32 €	3 %	3 379,32 €
TC = 32 448 €	3 %	973,44 €	3 %	973,44 €
Total = 182 640 €		5 103,72 €		6 230,16 €

Soit un montant total des cotisations en 2014 de 11 333,88 € (= 5 103,72 + 6 230,16).

#### Calcul du seuil d'exonération fiscale applicable pour ce salarié

Le seuil d'exonération est de 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale + 2 % de la rémunération annuelle brute, soit :  $(37\,548 \text{ €} \times 5 \%) + (182\,640 \text{ €} \times 2 \%) = 5\,530,20 \text{ €}$ .

Sans pouvoir dépasser la limite du plafond maximal d'exonération de 2 % de 8 plafonds annuels, soit 6 007,68 €).

Le montant total des cotisations (= 11 333,88 €) étant supérieur au seuil d'exonération (= 5 530,20 €), il y a eu de réintégrer un excédent.

### Calcul de réintégration

L'excédent à réintégrer correspond au montant dépassant le seuil d'exonération, soit **5 803,68 €** (= 11 333,88 – 5 530,20).

La part salariale de l'excédent est considérée comme non déductible de la rémunération imposable tandis que la part patronale de l'excédent constitue un complément de salaire.

Pour ventiler l'excédent en une part patronale et une part salariale, il faut multiplier l'excédent global par le prorata des cotisations de prévoyance complémentaire supportées respectivement par l'employeur et le salarié.

Soit :

- cotisations salariales non déductibles :  $5\,803,68 \times 5\,103,72 / 11\,333,88 = 2\,613,43 \text{ €}$  ;
- cotisations patronales imposables :  $5\,803,68 \times 6\,230,16 \text{ €} / 11\,333,88 = 3\,190,24 \text{ €}$ .