

ÉVOLUTION DU MARCHÉ DE LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

RÔLE DE LA NÉGOCIATION COLLECTIVE

Les couvertures sociales complémentaires ont pour objet de compléter les prestations servies aux salariés par les régimes obligatoires de Sécurité sociale ou de prévoir une prise en charge particulière lorsque ces régimes n'interviennent que partiellement ou pas du tout.

La protection sociale complémentaire comporte principalement :

- la retraite complémentaire légalement obligatoire, qui relève d'une négociation interprofessionnelle (régimes ARRCO et AGIRC) ;
- la prise en charge des risques décès, incapacité de travail et invalidité, le remboursement des frais de santé ainsi que la constitution d'indemnités ou de primes de départ en retraite ; ces garanties sont mises en place au niveau professionnel ou souscrites par l'entreprise ;
- plus rarement, l'instauration de régimes de retraite supplémentaire qui procurent aux bénéficiaires un revenu de remplacement venant s'ajouter aux pensions de retraite servies par les régimes de Sécurité sociale et les régimes ARRCO et AGIRC ; ces régimes sont le plus souvent mis en place au niveau de l'entreprise.

Pour les mettre en œuvre, la négociation collective constitue la clef de voûte du système français des relations sociales. Elle s'organise autour d'un système de règles et d'acteurs sociaux qui font quotidiennement évoluer le droit conventionnel.

Au cours des dernières années, l'articulation entre loi et conventions et accords collectifs a connu une évolution notable, notamment avec la loi du 4 mai 2004 relative au dialogue social qui a profondément modifié les règles applicables en matière de négociation collective.

Une étape nouvelle s'est engagée avec la loi du 31 janvier 2007 sur la modernisation du dialogue social, qui organise précisément les conditions de concertation préalable des partenaires sociaux à toute modification de la législation sur le champ du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Cette dynamique destinée à renforcer la complémentarité entre le rôle de la loi et celui de la négociation collective est de nature à renforcer la responsabilité et la légitimité des organisations syndicales et patronales qui font vivre cette démocratie sociale.

CONCERNANT LA PRÉVOYANCE D'ENTREPRISE

L'article L911-1 du code de la Sécurité sociale prévoit les modalités selon lesquelles sont instituées des garanties collectives, dans le cadre de régimes à adhésion obligatoire ou facultative, qui peuvent être négociés dans le cadre :

- de l'entreprise ;
- de la branche professionnelle ;
- ou du niveau interprofessionnel.

Dans le cadre des branches professionnelles, ces accords peuvent être rendus obligatoires, à la demande des partenaires sociaux, à toutes les entreprises de la branche par voie d'arrêté d'extension.

Les accords collectifs en matière de prévoyance et de retraite sont examinés par la Commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP). Cette commission est consultée avant toute extension ou tout élargissement d'un accord collectif de prévoyance ou de retraite et un avis sur la légalité de ces accords est, le cas échéant, rendu par les services de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) à la DIRECCTE.

Les accords collectifs négociés au niveau de la branche professionnelle peuvent être de trois ordres, selon le degré de mutualisation mis en place :

- soit ils définissent un panier de garanties, obligeant les entreprises à négocier un accord d'entreprise pour les mettre en œuvre ;
- soit ils définissent un panier de garanties avec éventuellement une répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié, obligeant les entreprises à négocier un accord d'entreprise pour les mettre en œuvre auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs recommandés par la branche professionnelle ;
- soit ils contiennent une définition précise des prestations et cotisations, et qu'une clause de désignation d'un ou plusieurs organismes assureurs oblige les entreprises à adhérer auprès des organismes désignés pour la couverture de ces risques.

Les accords collectifs à adhésion obligatoire négociés au niveau de la branche professionnelle présente certains avantages :

- ils organisent une mutualisation des risques entre tous les salariés d'une branche professionnelle, mutualisation difficile à assurer pour les petites entreprises ;
- ils permettent d'offrir des garanties plus favorables à un meilleur coût en raison des économies d'échelle engendrées par la taille de la population couverte ;
- ils placent les entreprises d'une même branche, qui sont en concurrence les unes avec les autres, dans une même situation d'attractivité au regard du marché de l'emploi.

Les régimes de prévoyance, mis en place selon les modalités prévues par l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale, peuvent prévoir des garanties diverses et variées ; capital décès, rente de conjoint et/ou d'éducation, incapacité de travail, invalidité, frais de santé.

Le champ de la négociation collective reste très ouvert.

On constate que la garantie dépendance est encore faiblement répandue alors que les garanties frais de santé se multiplient. Le niveau de ces garanties est très variable d'une branche à une autre.

La négociation collective en 2010 - Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique

Les obligations de l'employeur

Lorsque les salariés ne sont pas couverts par un accord de branche ou par un accord d'entreprise définissant les modalités d'un régime de prévoyance maladie, l'employeur engage chaque année une négociation sur ce thème. Dans ces entreprises, comportant des établissements ou groupes d'établissements distincts, cette négociation peut avoir lieu au niveau de ces établissements ou groupes d'établissements

Article L. 2242-1 du Code du travail

Des garanties de prévoyance collective largement diffusées dans les entreprises

La couverture des salariés en termes de prévoyance et de complémentaire santé s'est notablement élargie ces dernières années. **95 % des employeurs déclarent ainsi proposer au moins une garantie de prévoyance collective** à tout ou partie de leurs salariés. Et **85 % des salariés déclarent être couverts contre au moins un risque** parmi l'incapacité de travail, l'invalidité, le décès ou disposer d'un dispositif d'épargne retraite (Baromètre CTIP/Crédoc 2011).

81 % des employeurs interrogés déclarent proposer au moins **3 des 4 principales garanties de prévoyance collective** (incapacité de travail, invalidité, décès, épargne retraite) à au moins une partie des salariés.

La couverture la plus largement mise en place reste l'incapacité de travail (indemnités journalières) : 85 % des employeurs déclarent la proposer à tous leurs salariés (7 % à une partie seulement).

85 % des employeurs déclarent que tous les salariés de l'entreprise sont couverts en cas de décès (capital décès, rente de conjoint et d'éducation), 6 % une partie de leurs salariés.

83 % proposent une rente en cas d'invalidité, dont 77 % à l'ensemble des salariés.

L'épargne retraite est proposée à au moins une partie des salariés dans 40 % des entreprises.

Dans les conventions collectives

Au 1^{er} janvier 2013, **255 branches** professionnelles ont mis en place un régime de prévoyance.

64 d'entre elles ont mis en place un régime de **complémentaire santé**.

Les branches professionnelles couvrent ainsi en prévoyance plus de **13 millions de salariés**, soit 70 % des salariés du secteur privé en France. Elles couvrent 3,5 millions de salariés en complémentaire santé.

Historiquement, les **garanties collectives de frais de soins de santé** relevaient très majoritairement des accords d'entreprises tandis que les conventions collectives nationales de branches professionnelles (CCN) instituaient essentiellement des régimes de « prévoyance lourde » (décès, incapacité de travail, invalidité).

Si cette observation était largement vérifiée jusqu'à la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 et l'instauration des « contrats responsables », l'étude effectuée par le CTIP en 2011 montre que **ces dernières années le nombre de régimes de branches en frais de soins de santé a très sensiblement augmenté**.

Les employeurs financent majoritairement au moins 50 % de la cotisation santé

Dans 8 conventions sur 10 instituant un régime obligatoire de frais de santé, **la prise en charge de l'employeur est au moins de 50 %** :

- 31 % prévoient une prise en charge par l'employeur supérieure à 50 % (près de 8 % des conventions prennent en charge entre 90 % et 100 % de la cotisation) ;
- 45 % fixent une prise en charge par l'employeur d'au moins 50 % de la cotisation ;
- 8 % des conventions prévoient une part employeur inférieure à 50 % de la cotisation ;
- 16 % des conventions ne précisent pas la part employeur.

Le calcul de la cotisation est majoritairement basé sur le salaire ou le PASS

Dans les 64 conventions et accords qui prévoient un régime obligatoire de frais de santé, **l'assiette de la cotisation se réfère le plus souvent au salaire ou au Plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)** : 23 % expriment la cotisation en pourcentage du salaire brut et 33 % l'expriment en pourcentage du PASS. Ces deux modes de calcul des cotisations entraînent une augmentation automatique de la cotisation en fonction de l'évolution du salaire ou du PASS. En revanche, toute évolution de ce taux de cotisation indépendante de ces éléments nécessite la signature d'un avenant.

20 % des conventions fixent directement le montant de la cotisation mensuelle, sous forme de **cotisation forfaitaire** : elles peuvent alors distinguer plusieurs catégories (adulte seul, adulte avec un enfant, couple, famille). **Pour un adulte seul, la cotisation dans ces conventions s'établit en 2012 entre 20 € et 51 € suivant les conventions, pour atteindre jusqu'à 55 € pour la couverture d'une famille.**

Plusieurs conventions prévoient une révision annuelle des cotisations.

Les prestations de prévention

60 % des conventions détaillent la prise en charge d'une ou de plusieurs prestations de prévention. La plupart de ces conventions remboursent le détartrage annuel.

Plusieurs conventions remboursent l'ensemble des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006.

Les partenaires sociaux désignent l'organisme assureur dans 80 % des CCN

8 conventions sur 10 prévoyant un régime obligatoire de frais de soins de santé procèdent à la **désignation de l'organisme assureur chargé de la gestion du régime**.

85 % des derniers accords ou avenants portant sur le remboursement de frais de soins de santé ont été négociés entre 2005 et 2012, confirmant l'actualité de la négociation paritaire sur ce thème.

☞ *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. Éclairages sur les tenants et aboutissants de cette décision.*

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.

Les impacts indirects de la décision des sages

La décision du Conseil constitutionnel mérite d'être mise en perspective des arrêts de la Cour de cassation du 13 mars 2013 consacrant la liberté pour l'entreprise de mettre en œuvre des régimes catégoriel.

Cass. soc. 13 mars 2013 n° 11-20490, 10-28022, 11-23761

Les dispositions du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 (pris en application de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale), qui ne se limite pas à définir les critères d'identification des catégories, circonscrivent significativement la liberté pour l'entreprise de définir le périmètre de ses régimes sociaux ; elles doivent impérativement être annulées. De même, toute circulaire devrait-elle promouvoir la liberté et non la restreindre. L'objectif est bien de favoriser le développement progressif de la protection sociale complémentaire et non d'imposer l'instauration subreptice d'une Sécurité sociale « bis ».

FINANCEMENT

Les entreprises ont toutes le souci de ne pas augmenter trop fortement leur participation financière aux régimes de prévoyance, notamment pour les régimes frais médicaux dont le coût est le plus élevé. On constate que de plus en plus d'avenants aux régimes en place sont signés, dans lesquels les entreprises limitent le montant de leur participation au régime en vigueur, offrant ensuite le choix aux salariés de compléter leur couverture par un régime à adhésion facultative.

Ainsi, la majeure partie des régimes a vu son taux de cotisation global augmenter (notamment sur la partie frais médicaux, du fait du désengagement de la Sécurité sociale), alors que la part de l'employeur diminuait légèrement.

INTERVENANTS

Au fil des années, on constate une présence accrue des institutions de prévoyance pour la couverture de l'ensemble des risques, au détriment tant des mutuelles que des compagnies d'assurance.

Toutefois, les mutuelles détiennent toujours une part prépondérante des contrats frais médicaux.

TYPES DE COUVERTURES

Une offre mieux adaptée aux besoins des salariés se développe au travers, soit de contrats "flexibles" (offrant à chaque salarié le choix entre plusieurs garanties et le niveau de chacune d'entre elles), soit en ajoutant une couverture minimale obligatoire et une couverture supplémentaire facultative.

Les salariés ont ainsi le choix entre plusieurs catégories ou niveaux de prestations directement adaptés à leur situation professionnelle ou familiale. Dans certains cas, il peut même s'agir véritablement d'un régime "à la carte".

Le type de couverture (et la population auquel il s'applique) est défini en fonction des textes.

COUVERTURE DES CADRES ET DES NON CADRES

Bien que de nombreuses entreprises aient harmonisé leurs régimes en mettant en place une couverture identique pour les cadres et les non cadres (notamment en matière de régimes frais médicaux), il subsiste tout de même une différence importante, notamment pour ce qui concerne la couverture des risques décès et arrêt de travail.

Cette différence peut trouver une explication à la fois dans le fait que seuls les cadres bénéficient d'une couverture minimale en matière de décès qui s'impose à toutes les entreprises (du fait de la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres - article 7) mais, également, par le fait que pour un certain nombre de non cadres, la couverture offerte par la Sécurité sociale en matière d'arrêt de travail offre un taux de remplacement déjà important par rapport à leur salaire. Ce qui n'est pas le cas pour la plupart des cadres, compte tenu du plafonnement du salaire servant de base au calcul des indemnités journalières maladie.

Selon une enquête du CREDOC/CETIP réalisée en 2009, les cadres déclarent plus souvent bénéficier de garanties de prévoyance que les ouvriers. Seulement 12 % ne déclarent aucune garantie, contre 26 % des employés et 21 % pour les ouvriers. Les écarts ont tendance à diminuer depuis 2007. Contrairement à 2007, on note que ce sont les employés les moins bien couverts et non pas les ouvriers.

LES RISQUES COUVERTS

%	OUI	NON	Ne sait pas	TOTAL
En cas de décès :	63	20	17	100
- un capital décès	58	24	19	100
- une rente pour votre conjoint	41	33	26	100
- une rente d'éducation pour vos enfants	26	43	31	100
- une rente spécifique pour les enfants handicapés	17	45	38	100
Des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail	69	20	11	100
Une rente en cas d'invalidité	55	21	24	100
Une épargne retraite en supplément de la retraite obligatoire et de la retraite complémentaire	33	55	12	100
Une rente dépendance en cas de perte d'autonomie liée au grand âge	26	43	31	100

Source : CREDOC/CTIP 2009 - Étude sur les attentes des salariés et des employeurs en matière de prévoyance.

DES TAUX DE COUVERTURE VARIABLES

81 % des employeurs interrogés déclarent proposer au moins 3 des 4 principales garanties de prévoyance collective (incapacité de travail, invalidité, décès, épargne retraite) à au moins une partie des salariés.

La couverture la plus largement mise en place reste l'incapacité de travail (indemnités journalières) : 85 % des employeurs déclarent la proposer à tous leurs salariés (7 % à une partie seulement).

85 % des employeurs déclarent que tous les salariés de l'entreprise sont couverts en cas de décès (capital décès, rente de conjoint et d'éducation), 6 % une partie de leurs salariés.

83 % proposent une rente en cas d'invalidité, dont 77 % à l'ensemble des salariés.

L'épargne retraite est proposée à au moins une partie des salariés dans 40 % des entreprises.

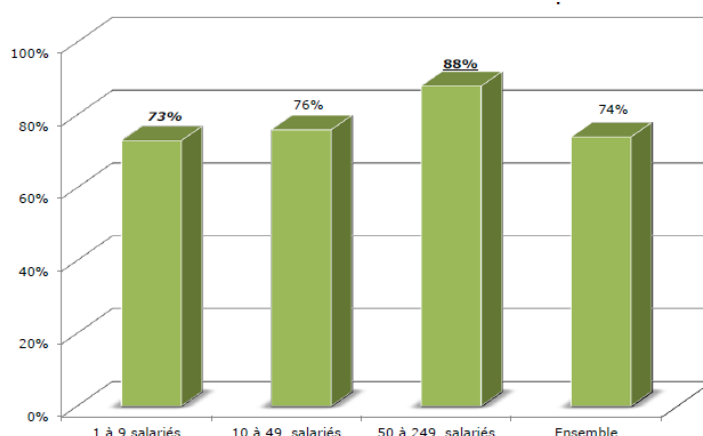
ÉTUDE SUR L'ÉQUIPEMENT DES TPE / PME EN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Objectifs : Mesurer précisément, selon la taille de l'entreprise

- le taux d'équipement des entreprises en complémentaire santé ;
- la proportion et le statut des salariés couverts ;
- le type de contrat souscrit : facultatif / obligatoire,
- le niveau de prise de décision : dans le cadre d'un accord professionnel ou au niveau de l'entreprise ;
- la part du financement de la complémentaire santé prise en charge par l'entreprise ;
- la proportion de complémentaires santé d'entreprise couvrant les ayants droit.

Des taux de couverture santé élevés dans les TPE/PME couverture santé selon la taille de l'entreprise

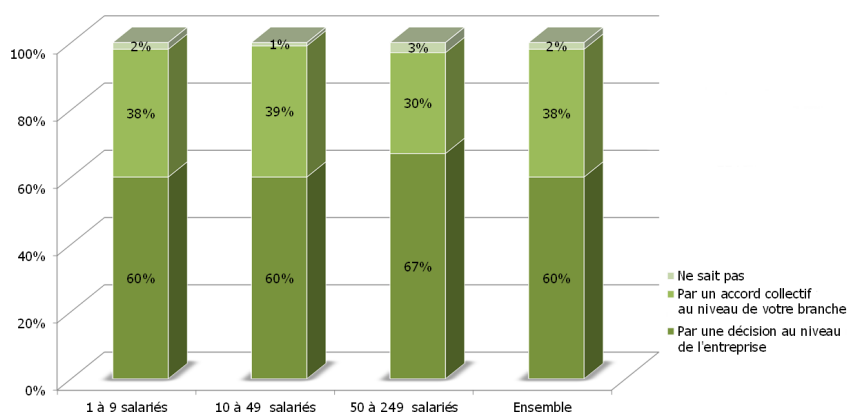
Sur 900 entreprises de 1 à 249 salariés dont 300 entreprises de 1 à 9 salariés, 300 de 10 à 49 salariés et 300 de 50 à 249 salariés.



Source : CREDOC, Conférence de presse du 2 octobre 2012

Un peu plus des deux tiers des salariés couverts

Sur 900 entreprises de 1 à 249 salariés dont 300 entreprises de 1 à 9 salariés, 300 de 10 à 49 salariés et 300 de 50 à 249 salariés.

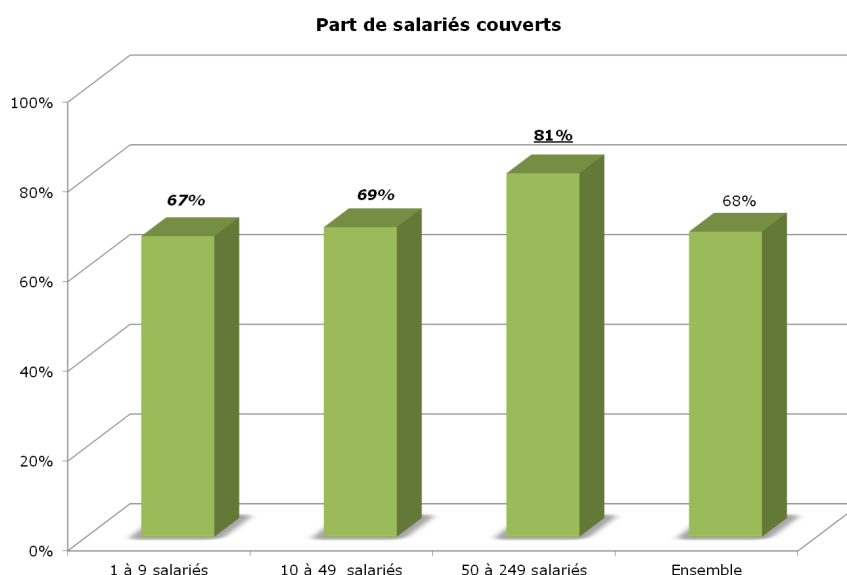


Source : CREDOC, Conférence de presse du 2 octobre 2012

Des couvertures santé mises en place par accord d'entreprise ou par décision de l'employeur dans 6 cas sur 10 Modalités de mise en place de la couverture santé selon la taille de l'entreprise

Modalités de mise en place de la couverture santé selon la taille de l'entreprise

Sur 712 entreprises ayant mis en place une couverture santé.



Source : CREDOC, Conférence de presse du 2 octobre 2012

Des couvertures santé obligatoires dans 8 cas sur 10

- En moyenne, 81% des entreprises concernées ont mis en place une couverture santé obligatoire ;
- Pas de différence significative selon la taille de l'entreprise

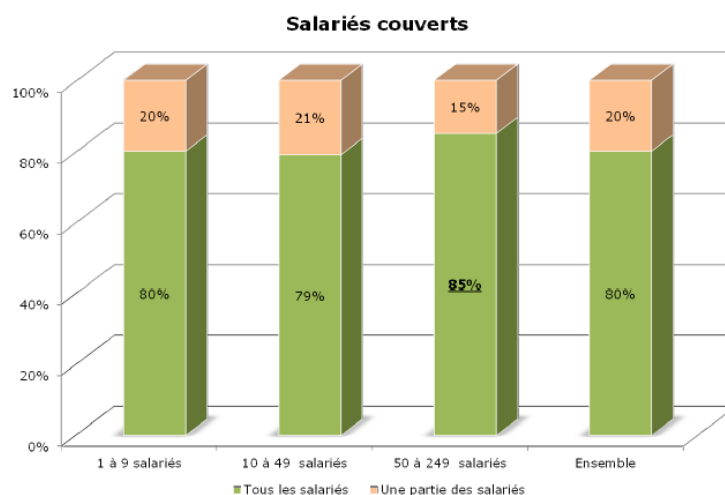
Sur 712 entreprises ayant mis en place une couverture santé.

Cette complémentaire santé est-elle obligatoire pour les salariés concernés ?	1 à 9 salariés	10 à 49 salariés	50 à 249 salariés	Ensemble
Obligatoire	81%	85%	86%	81%
Facultative	19%	15%	14%	19%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : CREDOC, Conférence de presse du 2 octobre 2012

Une couverture santé pour tous les salariés dans 80% des cas

Sur 712 entreprises ayant mis en place une couverture santé.



Source : CREDOC, Conférence de presse du 2 octobre 2012

Les ayants droit couverts dans 9 dispositifs sur 10

- dans 91 % des dispositifs, les ayants droit sont couverts par la complémentaire santé d'entreprise ;
- sans surcoût dans 52 % des cas ;
- pas de différence significative selon la taille de l'entreprise.

Sur 712 entreprises ayant mis en place une couverture santé.

Couverture des ayants droit	1 à 9 salariés	10 à 49 salariés	50 à 249 salariés	Ensemble
	%	%	%	%
Oui	91%	93%	94%	91%
Non	9%	7%	6%	9%
Ne sait pas	1%	0%	.	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : CREDOC, Conférence de presse du 2 octobre 2012

Les entreprises financent en moyenne la moitié de la couverture santé

- 94 % des entreprises ayant mis en place une couverture santé participent à son financement ;
- À hauteur de 53 % en moyenne du coût de la complémentaire santé ;
- pas de différence selon la taille de l'entreprise.

