

HIÉRARCHISER LES RISQUES POUR ÉTABLIR UN BUDGET

Mettre en place un régime de prévoyance dans l'entreprise est une opération lourde. Il faut choisir le type de contrat, l'assureur, les garanties et la procédure adéquate.

Une part de subjectivité existe dans l'appréciation d'une protection sociale : l'employeur et le salarié n'ont pas toujours les mêmes critères de choix.

L'entreprise est confrontée à des contraintes financières et sociales. Les salariés ont des besoins qui diffèrent selon leur statut professionnel et familial, d'où la nécessité de définir les risques essentiels.

Le décès ou l'invalidité du salarié sont des risques à privilégier, au détriment des arrêts de travail de courte durée et des remboursements de soins de santé, car les prestations offertes par la Sécurité sociale sur ces deux grands risques sont très faibles. Leur survenance peut donc avoir des conséquences financières graves pour la famille du salarié.

Une assimilation est souvent faite entre la fréquence de survenance d'un risque et sa gravité. Or le décès et l'invalidité sont des risques à fréquence faible, aux conséquences financières lourdes pour le salarié, mais dont les coûts de couverture sont relativement peu élevés.

Au contraire, les arrêts de travail de courte durée et les dépenses de santé, qui surviennent beaucoup plus fréquemment, peuvent être plus facilement supportés par les salariés, d'un point de vue financier, alors même que leur coût est important, en rapport avec leur fréquence.

Enfin, le type de prestation (capital ou rente) et l'opportunité de la mise en place de garanties annexes doivent faire l'objet d'une réflexion, dans le cadre de la mise en place ou de la modification d'un régime de prévoyance.

Une sur prise de conscience la nécessité d'une complémentaire santé et d'une prise en charge de la dépendance

Le Baromètre réalisé par le Crédoc pour le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) en avril 2009 confirme que la complémentaire santé est la priorité des salariés et des employeurs en matière de garanties collectives. S'ils avaient à choisir, 64 % des salariés opteraient pour la complémentaire santé contre 16 % pour la prévoyance (décès, incapacité de travail, invalidité). Cette préférence est confirmée par plus de la moitié des employeurs.

7 entreprises sur 10 déclarent avoir mis en place une complémentaire santé d'entreprise.

Baromètre CTIP/Crédoc 2011

8 salariés sur 10 estiment que la meilleure formule pour la complémentaire santé est une complémentaire d'entreprise.

Baromètre CTIP/Crédoc 2011

60 conventions collectives ont mis en place un régime obligatoire de complémentaire santé au 1^{er} janvier 2012.

Malgré la crise, la dépendance reste une priorité. La situation actuelle ne gomme pas l'urgence de trouver le moyen de financer la prise en charge de la dépendance. Cette préoccupation est plus forte chez les salariés (55 %) que chez les employeurs (45 %), plus nombreux à estimer que la crise ne permet pas de trouver de nouvelles sources de financement.

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.

Le coût de la dépendance est évalué à 1 938 € par mois en établissement, avec un reste à charge moyen des résidents de 1 468 €, net de l'aide publique totale moyenne de 470 €. Par ailleurs le "reste à vivre" des résidents apparaît en moyenne globalement négatif, à - 261 € par mois. C'est pourquoi les institutions de prévoyance ont développé des contrats collectifs d'entreprise qui couvrent les salariés en cas de dépendance.

Cette préoccupation est plus forte chez les salariés (55 %) que chez les employeurs (45 %), plus nombreux à estimer que la crise ne permet pas de trouver de nouvelles sources de financement.

Chiffre clé

310 000 salariés sont couverts dans le cadre collectif de leur entreprise au titre de la dépendance auprès d'une institution de prévoyance (CTIP).

Estimant pour la moitié d'entre eux que la solution réside dans un financement mixte (solidarité nationale et assurance complémentaire), six salariés sur dix sont favorables à une garantie complémentaire de dépendance dans l'entreprise. La moitié des employeurs, sachant qu'il s'agit de PME de moins de 200 salariés, le sont également.

Le coût de la complémentaire santé

Les employeurs considèrent la complémentaire santé obligatoire comme un avantage social facteur d'équité dans l'accès aux soins et de cohésion entre les salariés (88 %). En cas d'augmentation de cotisations, ils pensent majoritairement répercuter la hausse entre la part employeur et la part salarié. Cependant, au-delà de 7 % d'augmentation, quatre sur dix envisageraient de changer d'organisme assureur en faisant jouer la concurrence ou reverraient les garanties à la baisse.

L'exonération sociale : la condition nécessaire à l'engagement des entreprises

Les employeurs se montrent très attachés aux exonérations sociales. Si leurs cotisations santé et prévoyance dépassaient le plafond d'exonération, ils ne seraient plus qu'un tiers à maintenir leur participation à l'identique. Ils étaient 60% à maintenir cette participation en 2007, soit deux fois plus nombreux.

L'ÉTUDE DES RISQUES

Un régime de prévoyance permet de faire face aux situations difficiles auxquelles ses salariés peuvent être confrontés : maladie, accident, invalidité, décès...

La Sécurité sociale assure une protection partielle des salariés. Afin de l'améliorer, la loi et la négociation collective imposent 3 types d'obligations :

Pour les Cadres, la prise en charge d'une cotisation de 1,50 % de la tranche A de leur salaire brut, affecté en priorité la couverture du risque décès (article 7 de la Convention Collective Nationale des Cadres du 14 mars 1947).

Pour l'ensemble des salariés, contribution au maintien des salaires en cas d'arrêt de travail, sous certaines conditions et limites (loi de mensualisation).

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 entérine l'extension des contrats de groupe pour les complémentaires santé. En juin 2013, la loi 2013-504 dite « Loi de sécurisation de l'emploi » a été votée. Elle entraîne la généralisation de la complémentaire santé aux salariés à partir de janvier 2016.

Enfin les conventions collectives fixent des obligations spécifiques, améliorant les modalités légales ci-dessus, notamment en matière de décès, d'incapacité et invalidité, et d'arrêts de travail.

L'entreprise aura à choisir la couverture sociale de ses salariés en tenant compte de :

Caractéristiques propres : convention collective, accord couverture existante, personnel concerné, risques liés à l'entreprise...

Garanties :

- faire face aux risques majeurs : capital décès et invalidité ;
- préserver l'avenir de sa famille : rente conjoint ou rente éducation pour permettre aux enfants de continuer leurs études ;
- assurer un maintien de revenu : indemnités journalières versées en complément de la rente attribuée par la Sécurité Sociale.

Prestations : niveau des prestations.

Catégories protégées : catégories de salariés bénéficiaires et modulation des garanties pour chaque catégorie en fonction de leur profil spécifique.

LE DÉCÈS

La prestation peut être un capital ou une rente.

Aujourd'hui encore, le capital fait l'unanimité dans les régimes de prévoyance. Toutefois, la demande des salariés semble de plus en plus importante en faveur d'une rente au bénéfice de leur conjoint ou de leurs enfants.

Le versement d'un capital décès réduit, assorti d'une rente de conjoint et d'orphelins, peut constituer une couverture bien adaptée.

Pour ce qui concerne les garanties annexes telles que le doublement des capitaux en cas de décès par accident ou de décès simultané du conjoint, ou encore l'allocation obsèques, on peut s'interroger sur leur réelle opportunité, du fait des coûts supplémentaires non négligeables qu'elles entraînent.

Chiffres clés

12 millions de salariés sont couverts en cas de décès par une institution de prévoyance, à travers 2 millions d'entreprises (CTIP).

4,7 millions de personnes veuves, époux ou concubins, sont concernées par le veuvage en France.

L'ARRÊT DE TRAVAIL

Les conséquences financières d'un arrêt de longue durée sont, bien entendu, beaucoup plus lourdes pour le salarié qu'un arrêt de courte durée, qui sera du reste fréquemment indemnisé par l'employeur du fait de la loi de mensualisation.

Or, paradoxalement, la demande des salariés est toujours plus orientée sur l'indemnisation par le régime de prévoyance des arrêts de courte durée. On retrouve toujours cette même confusion entre la fréquence de survenance d'un risque et sa gravité.

Il est donc nécessaire que l'entreprise les convainque de la nécessité d'une bonne couverture en cas d'invalidité.

Chiffres clés

12,3 millions de salariés sont couverts en incapacité de travail par une institution de prévoyance, à travers 1,8 million d'entreprises (CTIP).

Chiffres clés 77 % des employeurs déclarent que les salariés bénéficient d'une couverture en cas d'incapacité de travail dans le cadre de leur entreprise (Baromètre CTIP/Crédoc - juin 2011). 12,3 millions de salariés bénéficient via leur entreprise d'une garantie d'incapacité de travail gérée par une institution de prévoyance (CTIP).

LES FRAIS MÉDICAUX

Les régimes couvrant ces risques sont souvent au cœur du débat sur la prévoyance complémentaire, du fait de leur caractère fréquemment déficitaire.

Contrairement au décès et à l'invalidité, qualifiés de «gros risques», les remboursements de frais médicaux s'inscrivent dans la gamme des «petits risques», c'est-à-dire d'un coût unitaire faible.

Ils font partie des avantages auxquels les salariés sont très attachés : ceux-ci ont tendance à juger de la qualité de leur régime de prévoyance en fonction des remboursements effectués pour dépassements d'honoraires, l'optique et les prothèses dentaires.

Le budget prévisionnel de l'entreprise sur cette garantie devra être fixé avec un plafond, au-delà duquel il convient d'envisager soit une nouvelle négociation, soit un financement supplémentaire par les salariés.

Que prévoit l'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 ?

L'accord négocié par les partenaires sociaux prévoit la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés du privé. Aujourd'hui, 3 à 4 millions de salariés ne bénéficient pas d'une mutuelle santé dans le cadre de leur entreprise. Ce sont eux qui vont bénéficier de cette mesure.

Elle a été adoptée par le Sénat le 14 mai 2013.

Quel calendrier pour la mise en place de la complémentaire santé pour tous les salariés ?

La généralisation de la complémentaire santé devra se faire avec l'ouverture de négociations entre partenaires sociaux dans les branches professionnelles, avant le 1^{er} juin 2013, et, en cas d'échec, auprès des entreprises, dès le 1^{er} juillet 2014. L'objectif est que tous les salariés soient couverts au 1^{er} janvier 2016.

Un projet de loi traduisant cet accord a été adopté par le conseil des ministres le 6 mars et sera discuté à l'Assemblée nationale et au Sénat dans le courant du mois d'avril, pour une entrée en vigueur prévue en mai.

On est toujours dans l'attente, à ce jour, du décret précisant les modalités d'application précisant :

- les garanties ;
- la répartition employeur/salarié ;
- l'articulation avec la réforme sur les contrats responsables.

LA DÉPENDANCE

La demande de mise en place de contrats de prévoyance collective couvrant la dépendance est de plus en plus souvent réclamée par les salariés et par les partenaires sociaux, notamment du fait de l'allongement de la durée de la vie.

Ce type de couverture existait depuis longtemps dans le cadre de contrats individuels mais la mise en place de contrats collectifs, même s'ils sont à souscription facultative, permet de mieux protéger les individus et de déterminer une tarification plus attractive. De plus (comme dans le cas du contrat Usinor), une partie de la cotisation peut être prise en charge par l'employeur.

La dépendance est cependant un risque coûteux et elle sera sans nul doute au cœur des négociations des nouveaux régimes.

NIVEAU DE LA COUVERTURE

Les dérives de certains régimes peuvent s'expliquer, parfois, par des niveaux de couverture élevés, entraînant une maîtrise peu aisée des coûts.

DÉCÈS

Lorsqu'une formule en capital est prévue, la prudence est de rigueur. Or, dans certains régimes, le montant des capitaux garantis peut atteindre des sommes considérables : jusqu'à 7 fois le salaire annuel de certains cadres supérieurs.

Si le versement de ce montant peut porter ponctuellement une atteinte importante à l'équilibre du régime lorsque le risque se réalise, la gestion d'une telle somme peut également être délicate pour la famille ; une formule couplant capital et rente pourrait donc être préférable.

La garantie décès est obligatoire pour les cadres seulement. Le contrat prévoit généralement le versement de deux à cinq ans de salaire au bénéficiaire désigné.

Près de quatre entreprises sur dix ont souscrit des contrats avec une couverture décès, dont la totalité des groupes de 500 salariés ou plus, selon une étude de la Fédération française des sociétés d'assurances.

Les garanties décès peuvent être souscrites seules ou être complétées par des garanties en cas d'arrêt de travail.

ARRÊT DE TRAVAIL

Il faut veiller à ce que le salarié en arrêt de travail ne perçoive pas des revenus supérieurs à ceux dont il bénéficiait lorsqu'il était en activité.

Du fait du montant réduit de charges sociales sur les indemnités journalières, on estime qu'une garantie égale à 85 % du salaire brut est sensiblement équivalente à 100 % du salaire net d'activité.

Quant à la période de franchise, elle doit être fixée en tenant compte des périodes de maintien de salaire prévues par la loi de mensualisation et éventuellement la convention collective applicable au salarié.

Les garanties Incapacité et Invalidité sont, en général, souscrites conjointement. En cas d'incapacité temporaire et d'invalidité permanente, suite à un accident ou une maladie, les collaborateurs peuvent être indemnisés jusqu'à 100% de leur salaire brut. Une franchise (de 30 à 90 jours pouvant être réduite dans certains cas) est généralement appliquée.

FRAIS MÉDICAUX

Le niveau de la couverture accordée dépend des deux facteurs suivants :

- la part de consommation médicale que l'entreprise estime pouvoir laisser à la charge de ses salariés ;
- les disponibilités financières qui pourront être affectées à cette garantie.

Les prestations servies au titre de ces régimes ne sont pas liées à un risque aléatoire mais plutôt à un comportement de la population concernée, a priori difficilement maîtrisable.

Afin d'éviter des dérives importantes, tant sur les coûts que sur les volumes, on peut s'attacher à contrôler les points suivants :

- limiter les frais au tarif de convention ;
- ne pas prendre en compte les mesures de désengagement de la Sécurité sociale sur les médicaments ou les remboursements de soins et les analyses ;
- en matière d'optique, où les remboursements effectués par la Sécurité sociale sont très faibles, ne s'attacher qu'aux dépenses inévitables (verres et couronnes) ;

- éviter les systèmes de «tiers payant» : ils donnent le sentiment au salarié que les soins et médicaments ne lui coûtent rien ;
- laisser, à la charge des salariés, une fraction du coût.

Une enquête menée par l'IRDES fin 2003 sur la complémentaire maladie d'entreprise (niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité), publiée en septembre 2006, montre qu'en matière de couverture maladie collective, les cadres cumulent les avantages : plus nombreux que les non cadres à y accéder, ils bénéficient également de niveaux de garanties plus élevées.

Si la proportion d'établissements offrant une complémentaire santé à leurs salariés (hors administration et salariés agricoles) est restée stable (44 % en 2009 et 40 % en 2003), en revanche, la nature des contrats a changé : la proportion de contrats collectifs facultatifs a été divisée par deux entre 2003 et 2009, passant de 40 à 22 %. La diffusion et l'accès à la complémentaire santé d'entreprise demeurent néanmoins inégaux : les établissements appartenant à de grandes entreprises en proposent plus souvent que ceux appartenant à de très petites entreprises. Ce type de couverture reste plus souvent proposé aux salariés en contrat à durée indéterminée, aux cadres et hauts niveaux de salaires.

Par ailleurs, en 2009, 74 % des salariés déclarent avoir accès à une complémentaire santé par le biais de leur entreprise. Parmi ceux déclarant ne pouvoir en bénéficier, 92 % jouissent tout de même d'une complémentaire santé par un autre biais (contrat individuel, contrat collectif du conjoint, CMU-C). Au total, 60 % des salariés bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur entreprise, 58 % l'évoquent comme un critère de choix d'un emploi et 75 % de ceux qui en bénéficient ne la substitueraient pas à une augmentation de salaire.

Mise à jour IRDES 12 juillet 2012

En effet : les entreprises employant de fortes proportions de cadres offrent en moyenne des contrats avec des garanties plus importantes et lorsqu'elles proposent des contrats différents selon la catégorie des salariés, les garanties sont presque toujours plus fortes pour les cadres.

Au final, pour les soins les moins bien remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, les soins dentaires et l'optique, un cadre sur trois peut accéder, via son entreprise, à un contrat offrant des garanties élevées contre seulement un non cadre sur cinq.

Si, en moyenne, les niveaux de garanties varient peu selon les secteurs d'activité, de fortes disparités existent entre entreprises d'un même secteur, selon leur taille et le statut des salariés.

Ainsi, les salariés des petites entreprises du secteur des services et encore plus de l'industrie restent majoritairement exclus de la protection maladie collective ; par ailleurs, contrairement au secteur de l'industrie, le secteur de la construction fait peu de différences entre cadres et non cadres que ce soit pour l'accès aux contrats collectifs ou pour les niveaux de garanties offerts.

A noter que les contrats "responsables" ne peuvent ni compenser la baisse de remboursement de 20%, ni rembourser les 8 premiers euros de dépassements d'honoraires lorsque le patient est hors parcours de soins, ni prendre en charge le forfait de 1 €, instauré au 1^{er} janvier 2005. Ils ne doivent pas non plus prendre en charge les nouvelles franchises médicales sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical, et sur les transports, instaurées au 1^{er} janvier 2008.

DÉPENDANCE

Le niveau de la couverture consiste dans le montant de la rente attribuée en cas de réalisation du risque.

Cette rente ayant pour objectif de permettre le financement de l'assistance (par une tierce personne ou en établissement médical spécialisé), devrait être d'un montant élevé.

Cette garantie permet de se protéger et protéger ses proches en cas de dépendance, sans que l'assuré n'ait à mobiliser toutes ses économies, ni à y consacrer une part importante de son budget. Elle offre le choix de nombreux services d'assistance : services d'aide de vie quotidienne et services d'urgence.

Exemple

Le montant mensuel du salaire d'une assistante médicale.

Il va de soi que le versement d'un tel montant de rente entraînerait une cotisation très élevée.

Les contrats mis en place ne peuvent donc, la plupart du temps, que prévoir le versement d'une somme «accessoire», qui ne couvrira en aucune façon la totalité des besoins des personnes dépendantes, mais pourra venir en complément de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA), prestation sociale publique (loi du 20 juillet 2001).

LE FINANCEMENT

Le financement d'un régime de prévoyance doit être envisagé à long terme, car des modifications trop fréquentes de cotisations ou de prestations peuvent nuire au climat social de l'entreprise.

Il convient donc de fixer des objectifs en termes de garanties et ensuite des principes de tarification.

La tarification d'un régime dépend :

- des garanties proposées ;
- de la probabilité théorique de la survenance d'un risque ;
- de l'appréciation des écarts entre la réalisation effective des sinistres et leur probabilité théorique de survenance ;
- des frais de gestion ;
- des caractéristiques de la population couverte : sexe, âge, catégorie de personnel, secteur d'activité, situation géographique ;
- de la taille de l'effectif assuré :
 - pour les effectifs faibles, les organismes assureurs proposent le plus souvent des produits standard, à des prix déterminés, les résultats du régime étant alors mutualisés sur l'ensemble des contrats du même type ;
 - pour des effectifs importants, il peut être envisagé un régime spécifique, les résultats du régime étant alors isolés ;
- le maintien des garanties à certaines catégories d'assurés, telles que les préretraités, retraités et chômeurs ;
- la reprise de certaines prestations en cours de service, au jour de la souscription du contrat ;

Dans la mesure où il n'y a pas de "tarif obligatoire", chaque organisme assureur serait en théorie libre d'appliquer le tarif qu'il souhaite, sous réserve d'utiliser les outils statistiques légaux obligatoires pour déterminer son risque et constituer ses provisions.

Mais rien ne l'empêcherait de faire payer une cotisation d'assurance inférieure au coût réel de son risque, s'il souhaite l'assumer financièrement.

Il n'est pas possible à un organisme assureur, pour des raisons concurrentielles, de pratiquer un tarif unique pour tous les groupes assurés par lui et de pratiquer ainsi une solidarité générale. En effet, les petits groupes dits "légers" (ceux pour lesquels la tarification est trop élevée par rapport à leur coût réel) quitteraient cet assureur, alors que les groupes "lourds" auraient intérêt à y rester et déséquilibreraient les comptes de cet organisme.

Il est donc impossible de mutualiser correctement les différents groupes adhérents. Chaque groupe ayant un tarif qui correspond à peu près à sa propre moyenne, le rôle de l'organisme assureur est de mutualiser les écarts entre la réalisation effective et la moyenne théorique, c'est-à-dire de compenser à l'intérieur de la communauté de l'ensemble des assurés.

Pour les petits groupes (entreprises de moins de 100 voire moins de 50 salariés), il sera donc généralement créé un régime de prévoyance "interentreprises", auquel ces entreprises adhéreront, et dont le rôle est de mutualiser les résultats et les taux de cotisation.

Un régime sera alors constitué par l'ensemble des adhésions relevant d'une même base technique.

Pour les petites entreprises, afin de tenir compte de la différenciation des secteurs d'activité, il est souvent institué des régimes interentreprises différents selon les classes d'activité.

La classe d'activité n° 1 regroupe les entreprises des secteurs primaire et secondaire, la transformation des métaux, les fonderies, la métallurgie, les mines, la pêche, les matériaux de construction, l'industrie de mise en œuvre du bâtiment, ...

La classe d'activité n° 2 regroupe la production d'équipements industriels, la construction automobile, l'aéronautique, la fabrication de produits alimentaires, le travail du bois, du papier carton, la transformation des matières plastiques, les transports routiers, ...

La classe d'activité n° 3 regroupe les industries du cuir, de la chaussure, le commerce de gros, l'électronique, la fabrication de matériel de précision, ...

La classe d'activité n° 4 regroupe la totalité du secteur des services, les industries textiles et l'habillement.

DÉTERMINATION D'UN TAUX D'APPEL

La majeure partie des contrats de prévoyance mis en place récemment dans les grandes entreprises prévoit :

- la fixation d'un tarif «de base», calculé selon les principes de tarification de chacun des risques couverts ;
- la détermination d'un «taux d'appel» applicable à ce tarif sur le modèle de ce qui se pratique pour le paiement des cotisations aux régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC.

Exemple

Cotisation globale de 2,75% du salaire, appelée à 98% la première année.

La pratique d'un taux d'appel permet d'adapter la tarification effective du régime à l'évolution démographique de l'entreprise et à ses sinistres.

Exemple

Dans une entreprise présentant une population jeune, constituée majoritairement de cadres non mariés et sans enfant, le tarif actuariel pour une couverture complète (décès - invalidité - frais de santé) sera relativement peu cher.

Mais on sait que, cette population avançant en âge présente (pour l'assureur) le «risque» de se marier, d'avoir des enfants et donc de consommer davantage.

Le tarif fixé initialement devra donc être révisé périodiquement, ce qui supposera une modification du régime de prévoyance, procédure relativement lourde.

Le fait de prévoir un taux d'appel permet de faire évoluer la cotisation payée en fonction de la sinistralité réelle, sans renégociation du régime.

