

GESTION DU RÉGIME

SUIVI DES RISQUES ET DES ENGAGEMENTS

L'objectif de la fourniture du rapport et du suivi régulier de l'équilibre du contrat d'assurance est de permettre à l'entreprise de suivre la réalisation des risques au cours des différents exercices, de voir les causes de déséquilibre ou les raisons d'un éventuel excédent du régime, et de préparer les décisions relatives aux cotisations et/ou aux garanties.

L'analyse des comptes de résultat fournit l'occasion de revenir sur chacun des frais, de les exprimer clairement tant au niveau de leur structure que de leur montant et, le cas échéant, d'en rediscuter avec l'assureur. Il est en effet souhaitable que l'entreprise demande à l'organisme assureur un rapport distinct pour chaque risque.

Il peut être également demandé, dans le cadre d'un contrat spécifique à une entreprise, un rapport spécifique filiale (dans le cadre d'un contrat couvrant un groupe d'entreprises), ou à chaque établissement. Il est également possible d'effectuer une distinction par catégories de salariés (cadres et non cadres).

Enfin, si le contrat de l'entreprise couvre également les retraités et préretraités, il peut être utile de réaliser le suivi de ces catégories spécifiques afin, si l'on constate une dégradation trop importante des résultats, de prévoir une cotisation spécifique pour ces catégories (et, éventuellement, une augmentation). L'objectif est de suivre du mieux possible, pour chaque risque et chaque catégorie, l'évolution du ratio "Sinistres à primes". Il s'agit de comparer les sinistres (prestations payées) aux primes (cotisations) encaissées.

Idéalement, le résultat de ce ratio devrait toujours être de 1 (ou 100 %), exprimant le fait que les cotisations versées couvrent exactement les prestations payées. Si ce rapport est supérieur à 1 (ou supérieur à 100%), le régime est déséquilibré, pour le risque ou la catégorie de salariés concernés.

Dans la pratique, l'organisme assureur communiquera au souscripteur du contrat un ensemble d'éléments d'analyse lui permettant de statuer sur les grands équilibres des contrats et sur les besoins effectifs de révision des cotisations et/ou des garanties.

En effet, les actions à mener sur le contrat de prévoyance ne seront pas les mêmes selon que les résultats sont expliqués par une nouvelle sinistralité atypique ou des bénéfices ou pertes exceptionnelles sur les provisions constituées antérieurement. Dans le premier cas de figure, des actions devront être menées sur les tarifs, tandis que dans le deuxième, des révisions des provisions devront être envisagées.

Par ailleurs, le principe du réexamen du choix de l'organisme assureur et des intermédiaires, à échéance au plus quinquennale (article L 912-2 Code de la Sécurité sociale), constitue une réelle opportunité pour l'entreprise.

En matière de présentation des comptes et de suivi des engagements des régimes de prévoyance, l'Association pour le Management des Risques et Assurances de l'Entreprise (AMRAE) et la Fédération Française des Actuaire (FFA), ont élaboré un document de présentation des comptes techniques des régimes de prévoyance qui a été présenté aux rencontres AMRAE de janvier 2000.

L'utilisation de ce document est recommandée par ces deux organismes professionnels (l'AMRAE représentant essentiellement des grandes entreprises), de façon à permettre aux entreprises d'effectuer une comparaison entre les différents organismes assureurs, sur la base de données standardisées.

Le Comité d'entreprise et la Commission paritaire de prévoyance ont, en effet, besoin de comptes standardisés, notamment lorsqu'ils souhaitent faire évoluer des régimes dans le cadre de fusions d'entreprises, et/ou en cas d'appel d'offres.

DONNÉES À FOURNIR AUX ENTREPRISES

Compte de résultat synthétique général

(décès, arrêts de travail, frais médicaux)

■ A - Cotisations

- 1 - Cotisations reçues au cours de l'exercice,
- 2 - Cotisations à recevoir au 31 décembre de l'année n – 1,
- 3 - Cotisations à recevoir au 31 décembre de l'année n,
- 4 - Cotisations brutes (1 - 2 - 3),
- 5 - Taxes d'assurances,
- 6 - Cotisations nettes (4 - 5).

■ B - Produits financiers nets de l'exercice

■ C - Chargements

- 1 - Commissions d'intermédiaires (courtier ou agent pour l'apport du contrat),
- 2 - Frais contractuels de l'assureur (gestion et risque) calculés :
 - en pourcentage des cotisations nettes (A 6),
 - en pourcentage des prestations payées,
 - en pourcentage des provisions mathématiques,
- 3 - Commissions et frais de gestion délégués,
- 4 - Total.

■ D - Prestations payées au cours de l'exercice

■ E - Provisions techniques au 1^{er} janvier de l'exercice

- 1 - Pour sinistres connus (rentes en cours),
- 2 - Pour sinistres connus à payer,
- 3 - Pour sinistres non connus,
- 4 - Total.

■ F - Provisions techniques au 31 décembre de l'exercice

- 1 - Pour sinistres connus (rentes en cours),
- 2 - Pour sinistres connus à payer,
- 3 - Pour sinistres non connus,
- 4 - Total.

■ **G - Réassurance spécifique du contrat**

- 1 - Coût de réassurance,
- 2 - Versement reçu du réassureur,
- 3 - Solde.

■ **H - Solde comptable**

- $A 6 + B - C 4 - D + E 4 - F 4 - G 3$.

Sources : AMRAE et FFA

Les mêmes éléments sont ensuite demandés pour le risque décès (capital, rente et rente de conjoint), ainsi que pour le risque arrêt de travail (incapacité et invalidité).

L'AMRAE et la FFA proposent également un exemple de présentation de la consommation médicale, en examinant notamment les postes suivants :

- honoraires médicaux (consultations distinguées des visites),
- pharmacie,
- dentaire (soins, prothèses, orthodontie),
- optique (verres, montures, lentilles),
- hospitalisation (frais chirurgicaux, hospitalisation médicale, chambre particulière, forfait hospitalier, ...),
- laboratoires,
- radios,
- forfaits et divers (maternité, obsèques, cures thermales, ...).

Le provisionnement doit être analysé et le ratio "sinistres/primes" doit être indiqué sur les 3 derniers exercices.

GESTION DU RÉGIME

Cette gestion sera assurée tout d'abord par l'analyse du résultat comptable global du régime.

Si le résultat d'une année est positif (le régime est en excédent), cet excédent peut être traité de deux façons :

- soit l'assureur rétrocède immédiatement cet excédent aux assurés :

sous la forme d'une baisse des cotisations ou d'une augmentation des prestations.

Dans ce cas, il est nécessaire de modifier les termes du régime, en modifiant l'accord collectif ou en procédant à un nouveau référendum ou bien en modifiant la décision unilatérale du chef d'entreprise.

Il faudra ensuite émettre une nouvelle notice d'information à remettre à tous les salariés (en s'assurant que l'entreprise puisse être en mesure de prouver que tous les salariés ont bien reçu cette information).

C'est une procédure lourde, qui ne devrait être qu'exceptionnellement appliquée.

- une procédure plus simple consiste à mettre ce résultat excédentaire en "provision d'égalisation. »

La provision d'égalisation est « une provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations d'assurance de groupe contre le risque décès, , incapacité ou invalidité ».

Cette provision, que les assureurs dénommaient auparavant réserve de stabilité, est alimentée par une fraction des résultats positifs dégagés par les opérations définies ci-dessus.

Le montant maximum de la provision est déterminé en pourcentage des cotisations du contrat. Ce pourcentage est fonction de l'effectif assuré : il est d'autant plus faible que l'effectif est important, et inversement.

La provision pour égalisation contribue à lisser les résultats techniques des contrats, et par voie de conséquence, à stabiliser les tarifs pratiqués.

Ce type de gestion permet une grande souplesse et évite d'avoir chaque année à modifier les cotisations et les prestations en fonction des résultats.

- de nombreux souscripteurs ont contractualisé avec l'organisme assureur un reporting spécifique permettant d'obtenir une image fidèle sur les résultats des opérations de prévoyance.

Nous trouverons, par exemple, des tableaux détaillant les provisions mathématiques constituées, le mode de calcul de chacune d'elles, le niveau des « boni/mali » de liquidation des provisions et les résultats par année de survenance.

Ces éléments permettront au souscripteur de savoir si les résultats constatés au cours d'une année, que ce soit des bénéfices ou des pertes, sont issus de la sinistralité nouvelle (c'est-à-dire les décès ou arrêts de travail survenus au cours de l'année étudiée) ou, au contraire, si les résultats sont issus de mauvaises appréciations des provisions constituées au cours des années passées.

Les actions à mener sur le contrat de prévoyance ne seront pas les mêmes suivant que les résultats sont expliqués par une nouvelle sinistralité atypique ou des bénéfices ou pertes exceptionnelles sur les provisions constituées antérieurement.

Dans le premier cas de figure, des actions devront être menées sur les tarifs, tandis que dans le deuxième, des révisions des provisions devront être envisagées. Aucune augmentation des tarifs ne devra être effectuée si les pertes constatées sont expliquées par une mauvaise estimation des provisions au cours des années passées.

Un ensemble d'autres éléments permet au souscripteur du contrat de piloter son régime et de communiquer de manière fiable avec les organisations syndicales, lorsque ces dernières en font la demande: il s'agit notamment d'informations sur les sinistralités par filiale, par sexe, par âge...

L'analyse des comptes de résultat d'un régime de prévoyance (ou d'une branche ou d'un ensemble de contrats) fournit systématiquement l'occasion de revenir sur un ensemble de points spécifiques caractérisant le régime et notamment : le niveau des frais prélevés sur le contrat, le niveau de rémunération financière des provisions affectées au sein du compte de résultat, les modalités de gestion financière des actifs en représentation des provisions, les dernières tendances de la sinistralité. Les conditions de résiliation peuvent également faire l'objet de discussions spécifiques lors de l'analyse annuelle des comptes.

MAÎTRISE DES ENGAGEMENTS

Depuis quelques années les régimes complémentaires de frais de santé, appelés plus communément « mutuelles », connaissent de nombreux bouleversements et sont mis à rudes épreuves, impactés par le grave déficit de notre système de Sécurité sociale (17,5 milliards d'euros en 2011 ; 15,5 milliards d'euros prévus pour 2012).

Les contrats privés mise en place par les sociétés, palliant les désengagements de l'État, prennent plus d'importance, mais les dérives des comptes de résultats, ratio Sinistres/Primes, sont sans appel et mettent en cause nos habitudes de consommation. Conséquence directe, les majorations nécessaires ces dernières années sont mal comprises et mal perçues tant par les employeurs que par leurs salariés.

Depuis quelques années, on assiste à une importante diminution la prise en charge des frais de santé par la Sécurité sociale et un transfert de ces charges vers les mutuelles de santé.

Les principales mesures que nous pouvons citer sont : la diminution de la prise en charge des médicaments, l'augmentation du forfait hospitalier et la fin de la prise en charge à 100 % de certaines maladies considérées jusqu'alors comme des maladies longues et irréversibles (ex : hyper tension artérielle), la baisse de la prise en charge optique, etc.

Quelques chiffres :

En 2000, la Sécurité sociale prenait en charge 78 % des dépenses de santé, 10 % restent à la charge des ménages, 12,4 % pris en charge par les complémentaires santé.

Fin 2011, la Sécurité sociale prend 76,6 % des dépenses, 10 % reste à la charge des ménages, 13,7 % sont pris en charge par les complémentaires santé.

En onze ans, la prise en charge des contrats privés est passée de 14.16 milliards d'Euros à 24,6 milliards d'Euros, soit une croissance de 5,2 % « sensiblement » supérieure à l'inflation.

On observe une importante augmentation des prix et tarifs pratiqués, qui dépassent aujourd'hui largement ceux dits de convention, actualisés sur le taux d'inflation.

Ainsi, entre l'année 2010 et 2011, on constate une évolution proche de 5,14 %.

Cette augmentation est principalement due au poste Hospitalisation (+ 10,28 %), mais aussi aux postes Optique (+ 8,47 %), Dentaire (+ 3,57 %) et Autres Soins (+ 3,32 %).

Les outils de suivi qui devront être fournis par l'organisme assureur doivent être prévus dès la conception du régime.

LES REMBOURSEMENTS DE FRAIS MÉDICAUX

Pour ce qui concerne plus particulièrement les régimes de remboursement de soins médicaux, il est possible de prévoir une clause de sauvegarde, lors de la mise en place du régime, afin de procéder à une augmentation des cotisations (dans les limites qui peuvent être précisées à l'avance) ou à une réduction des prestations, sans avoir à recourir à la procédure lourde de modification du régime.

Une maîtrise efficace des dépenses implique aussi, et surtout, de communiquer avec les salariés sur les résultats du régime et les causes des dérapages lorsqu'elles ont pu être identifiées.

Exemple

L'évolution de la consommation médicale totale montre qu'un assuré effectue, aujourd'hui, en moyenne 7 demandes de remboursements de frais médicaux par an alors que, dans les années 80, il n'en effectuait que 5.

Au-delà de l'effet volume, joue également un effet prix :

- si la prise en charge par la Sécurité sociale d'un médicament qui coûte 10 € passe de 100 % à 95 % (soit une baisse de 5 %), il a été calculé que le coût, pour un régime de prévoyance qui assure le remboursement des frais réels, augmente de 10 % (soit 2 fois plus que la baisse de la prise en charge par la Sécurité sociale).

Dans ce cadre, le rôle du comité d'entreprise est important. Il peut mettre en place une commission de suivi, qui informera périodiquement les salariés.

Toutefois, les partenaires sociaux font valoir que le principe de limitation des dépenses va à l'encontre de la légitimité d'un régime complémentaire.

Pour maîtriser l'évolution des dépenses, les entreprises peuvent choisir des solutions diverses. Certaines ont choisi de plafonner, dès le départ, leur contribution financière au régime.

Les éventuelles augmentations de cotisations survenant ultérieurement seront donc prises en charge obligatoirement par les salariés.

Cette disposition sera bien entendu intégrée dans le texte du régime de prévoyance mis en place, dès l'origine.

D'autres entreprises choisissent de mettre en place un régime obligatoire pour tous les salariés, couvrant tous les risques avec une couverture minimale ou "moyenne". Il est ensuite proposé aux salariés, en complément, des régimes à adhésion facultative qui permettent d'améliorer la couverture de certains risques avec une cotisation exclusivement à la charge des salariés adhérents.

Exemple

Les frais d'optique, les soins dentaires ou les remboursements de médicaments.

Pour vérifier, notamment, l'évolution du poste frais médicaux, l'entreprise peut avoir intérêt à demander un compte de résultat intermédiaire sur ce seul poste.

Le suivi peut aboutir à une modification du régime. Dans ce cadre, l'entreprise et les partenaires sociaux auront intérêt à faire tarifer par l'organisme assureur diverses évolutions de garanties et à faire réaliser des simulations sur l'évolution des comptes.

Certaines entreprises choisissent également, dans le cadre d'un partenariat avec leur organisme assureur, de tenter de maîtriser les coûts de la complémentaire santé en faisant fonctionner le régime selon certaines règles :

- consultation de médecins, recommandés par l'organisme assureur, qui s'engagent à une limitation de leurs honoraires ;
- demande de devis avant la réalisation de soins importants (notamment en matière dentaire) ;
- établissement, par l'organisme assureur, d'une liste de conseils techniques destinée à guider le choix des assurés vers les solutions techniques les plus satisfaisantes tout en étant parmi les moins onéreuses.

Exemple

Le choix des verres en optique.

On constate que les organismes assureurs ont intégré cette logique de plafonnement des frais, puisqu'ils sont de plus en plus nombreux à refuser les cahiers de charges prévoyant un remboursement à 100 % de tous les frais réels.

Aujourd'hui, la plupart des organismes assureurs tentent de mettre au point des accords tarifaires avec certaines professions médicales et de réduire leurs coûts par la mise en place de liens informatiques, notamment avec la Sécurité sociale.

C'est ainsi qu'un nombre de plus en plus importants d'organismes assureurs ont adhéré à la convention NOEMIE, qui prévoit la mise en place d'un lien informatisé direct entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organismes de remboursement complémentaire.

Ce lien, en permettant à la caisse primaire d'adresser directement son décompte à l'organisme assureur, réduit les opérations de transmission des informations (et donc les coûts) mais également les délais de remboursement.

En application de la loi "Informatique et Libertés", les salariés ont la possibilité de refuser cette procédure.

Le décès

Concernant le risque décès, on constate sur la quasi-totalité des contrats des résultats très bénéficiaires avec souvent des rapports « sinistres payés/primes nettes » de l'ordre de 50 % malgré la prise en compte par les organismes assureurs de correctifs très importants par rapport aux chiffres fournis par les tables de mortalité. Cette tendance se poursuit depuis plusieurs années et les bons résultats demeurent, voire continuent de s'améliorer. Cet état de fait est encore plus sensible sur le risque décès accidentel, la baisse des accidents de la route expliquent en partie cette substantielle amélioration.

L'INCAPACITÉ ET L'INVALIDITÉ

Les dépenses d'indemnités journalières au titre de la maladie ont connu une "progression dynamique", passant de 4,3 milliards d'euros en 2000 à 6,3 milliards d'euros en 2011, indique dans un rapport la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale, qui note toutefois une diminution de ces dépenses en 2012.

Selon une récente étude du Groupe Malakoff-Mederic, réalisé sur une base de 16 500 entreprises les arrêts maladie représentent l'équivalent de 4 % des temps plein. Ils représentent en moyenne, dans une entreprise de 1 000 salariés, l'équivalent de 40 emplois à temps plein (ETP). D'après les données du groupe de protection sociale, portant sur 2,6 millions de salariés, un salarié sur trois (34 %) s'est arrêté de travailler au moins une fois en 2012, un chiffre en très légère augmentation par rapport à 2011 (33,5 %) et 2010 (32,3 %).

Les statistiques 2012 des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été rendus publiques par l'Assurance maladie – Risques professionnels.

Les principaux indicateurs sont à la baisse : les accidents du travail avec arrêt diminuent de 4,3 %, les maladies professionnelles de 1,9 % et les accidents de trajet de 9,9 %.

L'indice de fréquence des accidents avec arrêt recule à un niveau historiquement bas avec 35 accidents pour mille salariés.

Les chiffres présentés sont extraits du rapport de gestion de l'Assurance Maladie – Risques Professionnels : sinistralité 2012.

Accidents du travail

En 2012 et par rapport à 2011, les accidents du travail avec arrêt s'établissent au nombre de 640 891, en baisse de - 4,3 %. De cette évolution, il ressort que l'indice de fréquence recule à un niveau historiquement bas avec 35,0 accidents pour mille salariés. Le taux de fréquence en baisse de - 3,3 % passe de 24,3 à 23,5 accidents par million d'heures travaillées. Le nombre de journées d'incapacité temporaire diminue de - 1,3 % à 37,8 millions. Le nombre des décès se fixe à 558, en légère progression (+ 6 cas) par rapport à 2011. Les maladies professionnelles dénombrées désormais par syndromes sont au nombre de 54 015 cas en baisse de - 1,9 %. Les accidents de trajet au nombre de 90 092 marquent un recul de - 9,9 %.

Maladies professionnelles

Dans ce contexte de baisse de l'effectif salarié, les maladies professionnelles, dénombrées par syndromes, sont au nombre de 54 015 cas en 2012. Avec 1 042 cas de moins la baisse est de - 1,9 % par rapport à 2011. Les affections périarticulaires qui avec 42 148 cas représentent toujours 78 % des maladies professionnelles reculent de 1 211 cas. Cette baisse est surtout sensible s'agissant des syndromes de l'épaule. Pour les pathologies liées à l'amiante, on observe en baisse 3 500 cas au Tableau n° 30A et en légère progression 1 031 cas au Tableau n° 30B. Les affections chroniques du rachis lombaire dues aux charges lourdes augmentent à 3 208 cas.

Accidents de trajet

Avec 90 092 sinistres en 2012, le nombre des accidents de trajet recule de - 9,9 % Le nombre des incapacités permanentes s'élève à 8 103, en baisse de - 4,8 %. Les décès diminuent de - 17,8 % et sont au nombre de 323 en 2012.

Source : Publié le 06 décembre 2013 par QHSE Concept Consultant

ANNEXE – EXEMPLES DE COMPTES DE RESULTATS

Le modèle d'exemple de comptes de résultats est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/comptederesultats.pdf

