

**GUIDE
DU NÉGOCIATEUR
EN PRÉVOYANCE
LOURDE &
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ**

Avec les spécificités cadres

2021

Édito
Marie-José Kotlicki,
co-secrétaire générale de
l'Ugict-CGT **07**

Introduction
Qu'est-ce qu'une complémentaire
santé ? Et la prévoyance lourde ? **09**

Partie 1.1
Quelles sont les garanties assurées
par une complémentaire santé ? **10**

Zoom
100 % Santé **13**

Bilan
Quel bilan tirer de la généralisation
de la complémentaire santé depuis
2016 ? **16**

Partie 1.2
Quelles sont les garanties assurées
par une prévoyance lourde ? **30**

Partie 2
Quel mode de mise
en place privilégier ? **41**

Partie 3
Le cahier
des charges **42**

Partie 4
Quels bénéficiaires
couvrir ? **43**

Partie 5
Quels types de catégories
couvrir ? **45**

48 **Partie 6**
Quelles garanties négocier ?

53 **Partie 7**
Quel type d'organisme
assureur choisir ?

54 **Partie 8**
Quels droits sont maintenus en cas
de cessation du contrat de travail ?

55 **Partie 9**
Les autres paramètres
à négocier

58 **Partie 10**
Le contenu de
l'accord collectif

59 **Partie 11**
Quels droits sont maintenus
en cas de cessation du
contrat de travail ?

60 **Partie 12**
La présentation des
comptes du régime

63 **Partie 13**
L'action sociale de votre
organisme assureur

« Insuffisamment régulés par les pouvoirs publics, les dépassements de tarifs entravent le droit à la santé »

2 QUESTIONS À CAROLE HAZE, VICE-PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE FRANCE

Selon-vous, pourquoi les dépassements de tarifs sont un sujet récurrent dans les négociations de contrats collectifs en santé ?

Parce que les pouvoirs publics régulent insuffisamment cette pratique. Malgré les dispositifs existants, les dépassements continuent à augmenter en volume pour les médecins et le reste à charge zéro, qui se met en place progressivement, ne solutionne pas complètement les problématiques d'accès aux équipements optique, dentaire ou d'audioprothèse.

Le reste à charge après le remboursement de la Sécurité sociale peut représenter les deux-tiers du prix ou même plus. Mais vous n'avez souvent pas d'autre choix que de vous faire soigner auprès de professionnels pratiquant des dépassements de tarifs. Tout le monde n'en a pas les moyens ! Et puis qu'est-ce qui justifie qu'on paie une même consultation en ophtalmologie 50 € quelque part et 150 € ailleurs ? Les inégalités d'accès aux soins se creusent inévitablement. Face à cela, les mutualistes s'organisent contre ce qui constitue une entrave au droit à la santé.

Que proposent les Mutuelles de France pour répondre aux dépassements de tarifs ?

D'abord, la Sécurité sociale doit être au plus haut niveau et financée en conséquence. C'est d'abord elle qui doit garantir la juste rémunération des professionnels de santé. La santé est un « acquis » sur lequel les négociateurs syndicaux, dans les entreprises, peuvent agir en pesant sur le contenu des couvertures complémentaires. Les mutuelles proposent des modèles économiques permettant de protéger solidairement les assurés sociaux. Ce sont ces trois vecteurs qui, ensemble, peuvent garantir l'égalité d'accès à la santé.

Et c'est dans cette logique que nous luttons contre les dépassements de tarifs. Dans le cadre des négociations, afin de les contenir sans pénaliser le patient, les Mutuelles de France choisissent de limiter leur prise en charge qui représente aujourd'hui plus de 30 % des remboursements des complémentaires santé.

Vous savez, l'argent des mutuelles, c'est l'argent des adhérents (voir encadré) donc, si nous ne posons pas cette limite, le coût des mutuelles augmentera à mesure des tarifs décidés par les seuls professionnels de santé. Les sociétés d'assurance font le pari inverse en faisant un argument marketing du « sur-remboursement » des dépassements. Ainsi, elles valident cette pratique, l'amplifient en la solvabilisant et dérèglent davantage le système de santé.

Face à cela, nos centres de santé contribuent à lutter contre les dépassements de tarifs. Ils relèvent tous du secteur 1, sans dépassement d'honoraire et pratiquent des tarifs maîtrisés en optique, dentaire et audio. Ils apportent ainsi la preuve que des tarifs prohibitifs ne sont pas indispensables à une médecine de qualité. Agir utilement en santé, c'est donner l'accès aux soins pour chacun. Mais c'est aussi faire de la prévention pour tous. Ainsi, certains de nos centres de santé proposent aux entreprises des bilans de santé complets pour leurs salariés. Soigner tout le monde, sans discrimination financière ou de statut, c'est ça être mutualiste.

Mutuelle, institution de prévoyance, assurance : qui est quoi ?

Les directives « assurances européennes » s'appliquent à des structures très différentes :

- **Mutuelle** : société de personnes, à but non lucratif, qui se regroupent pour prendre en charge de façon solidaire leurs risques santé, parfois en prévoyance et développer des actions sociales : centres de santé, politiques de prévention... Elle est gérée par chacun de ses adhérents qui en désigne la gouvernance en assemblée générale.
- **Institution de prévoyance** : société de personnes, à but non lucratif, qui gère essentiellement des contrats collectifs d'assurance couvrant les risques de maladie, les incapacités de travail, l'invalidité, la dépendance et le décès. Sa gouvernance est paritaire, entre les organisations d'employeurs et de salariés.
- **Compagnie d'assurance** : société de capitaux, à but lucratif, gérée par des actionnaires rémunérés en dividendes, qui vend des contrats d'assurance y compris dans le secteur du risque maladie.

ÉDITO

2021 : pour la protection sociale de l'encadrement



2020 aura été marquée pour l'encadrement par la signature d'un nouvel ANI.

Après cinq années de bataille syndicale, cet accord a été arraché contre la volonté du Medef, grâce aux propositions et à la stratégie d'unité syndicale portée par la CGT et son Union Générale des Ingénieurs, Cadres et Techniciens (Ugict).

La disparition de l'Agirc, le régime de retraite complémentaire des cadres, à l'occasion de sa fusion avec l'Arrco, pour les salariés du privé, menaçait de sceller la fin du statut de l'encadrement. Cet ANI, en préservant une définition nationale et interprofessionnelle des personnels d'encadrement, permet de maintenir le statut. Il confirme également le dispositif spécifique de prévoyance des cadres.

Depuis sa création en 1947, la prévoyance des cadres a eu un rôle moteur dans le développement de la prévoyance lourde pour l'ensemble du salariat. C'est parce que les cadres ont bénéficié d'un dispositif spécifique que le principe de son élargissement aux non-cadres s'est imposé dans de nombreuses conventions collectives et entreprises.

En raison du coût, cet acquis pour le collègue employeur, la protection sociale, a constitué un des piliers du statut de l'encadrement qu'il voulait remettre en cause. À l'issue des négociations, l'Ugict, au sein de l'intersyndicale, a bataillé et obtenu le maintien du « 1,50 cadre ». Ainsi, le préambule de l'ANI encadrement du 28 février 2020, rappelle sans ambiguïté à la fois le principe et le niveau de cette cotisation et son caractère obligatoire pour l'employeur.

En 2021, de nombreuses négociations de branches et d'entreprises, se dérouleront dans le prolongement de l'ANI encadrement.

La CGT et son Ugict appuieront ces négociations pour confirmer les acquis de l'ANI précité et en créer de nouveaux afin de répondre aux aspirations de l'encadrement et aux nouvelles problématiques révélées au grand jour depuis la crise : absence de droit à la déconnexion, pas de plages horaires de travail définies pour joindre les salariés, pas de prise en charge des frais de connexion ou de mise à disposition de travail ergonomique...

De ce fait, la généralisation du télétravail ou « travail confiné » a fortement dégradé les conditions de travail et les contraintes organisationnelles de l'encadrement, provoquant une augmentation des risques psychosociaux et des troubles musculo-squelettiques (cf. enquête Ugict-CGT : « Le travail sous épidémie – mai 2020 »).

Au cours de la crise sanitaire exceptionnelle qui se poursuit, l'encadrement se considère insuffisamment accompagné et formé pour manager en période de crise et de recours massif au télétravail.

Fort du travail syndical réalisé par l'Ugict sur les contraintes organisationnelles de l'encadrement, cette nouvelle édition du guide du négociateur de la prévoyance intègre ces réalités du travail en renforçant leur prise en compte au sein de la démarche travail santé de la CGT.

Bonne santé et bonne lecture !

Marie-José Kotlicki
Co-secrétaire générale
de l'Ugict-CGT

Ce guide du négociateur en prévoyance lourde et complémentaire santé est à jour des dispositions législatives et réglementaires publiées au 31 décembre 2020.

DÉFINITION DE LA PRÉVOYANCE

Il s'agit de l'ensemble des dispositions législatives, réglementaires, conventionnelles ou contractuelles qui instaurent différents avantages, en complément de ceux prévus par la Sécurité sociale en couverture de certains risques relatifs à la santé des personnes (risques vie et non vie).

La prévoyance au sens large comprend à la fois la complémentaire santé, appelée communément « mutuelle », et la prévoyance lourde.

QU'EST-CE QU'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Une complémentaire santé protège les salariés contre les dépenses auxquelles ils doivent faire face lors d'une visite chez un médecin généraliste, d'une hospitalisation, de soins dentaires ou de frais d'optiques ...

Elle vise à compléter les remboursements du régime d'Assurance maladie dit de base, sur les postes de dépenses partiellement ou pas du tout pris en charge par celui-ci.

La complémentaire santé est généralement mieux connue que la prévoyance lourde, en raison, d'une part, de la nécessité d'avoir déjà été confronté à un arrêt de travail, et d'autre part, à cause de la complexité apparente du système.

QU'EST-CE QUE LA PRÉVOYANCE LOURDE ?

La prévoyance lourde, généralement appelée « prévoyance » protège les salariés contre les risques de pertes de revenus en cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail ou maladie professionnelle), ainsi que leur famille en cas de décès du salarié.

En effet, la Sécurité sociale ne rembourse qu'une partie de la perte de revenus subie par le salarié en cas d'arrêt de travail, le reste sera, soit à la charge de l'organisme d'assurance complémentaire choisi par l'entreprise, soit à la charge du salarié en cas d'absence de couverture complémentaire en matière de prévoyance lourde.

En cas de décès du salarié, une couverture complémentaire peut prévoir le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés par celui-ci.

NOUVEAU : découvrez sur Syndicoop, la plateforme syndicale et coopérative, la nouvelle rubrique "Protection sociale" de l'Ugict-CGT (notes sur la prévoyance des cadres, les enjeux de la prévoyance, les conséquences de la réforme des retraites Agirc-Arrco...) : [**syndicoop.fr/**](https://syndicoop.fr/)

1.1 Quelles sont les garanties assurées par une complémentaire santé ?

NOUVEAUTÉS:

Le montant du **Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)** est identique à 2020 du fait de la baisse des salaires due au recours au chômage partiel provoquée par la crise du Covid-19. Il demeure donc à 3 428 € (+1,5 %) à compter du 1^{er} janvier 2020. Le PMSS sert de référence aux prestations versées par la Sécurité sociale et par les organismes assureurs complémentaires qui expriment les cotisations et les garanties en pourcentage du PMSS.

Une nouvelle « contribution exceptionnelle Covid-19 » a été mise en place en 2020 à hauteur de 2,6 % des cotisations des complémentaires santé. En 2021, ce taux serait de 1,3 %. Cette nouvelle taxe est supposée financer le déficit de l'Assurance maladie consécutive à la crise sanitaire du Covid-19.

La plupart des contrats de complémentaire santé répondent aux critères des contrats dits « responsables et solidaires » pour bénéficier d'une taxe de solidarité additionnelle au taux réduit de 13,27 % au lieu de 20,27 % pour les contrats « non responsables et non solidaires ».

Des contraintes réglementaires liées au caractère solidaire et responsable sont donc généralement intégrées dans les contrats correspondant à un « parcours de soins coordonné ».

- Les obligations de prise en charge :

- le forfait journalier en intégralité et sans limitation de durée pour les actes médicaux égaux ou supérieurs à 120 €.
- 100 % du ticket modérateur pour tous les actes pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, sauf des médicaments remboursés à hauteur de 35 % ou 15 %, de l'homéopathie et des cures thermales.
- Un équipement optique (monture + verre) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue avec un minimum de prise en charge.

ÉQUIPEMENT		MINI
A	2 verres simples foyer + monture sphère comprise entre - 6 et + 6 ou cylindre ≤ + 4	100 €
B	1 verre simple foyer (a) + 1 verre complexe (c) + monture	150 €
C	2 verres complexes + monture verres simples foyer dont la sphère est supérieure - 6 ou + 6 ou dont le cylindre est supérieur à + 4 et verres multifocaux ou progressifs	200 €

- Les interdictions de prise en charge :

- la participation forfaitaire de 1€ non remboursée par la Sécurité sociale sur les consultations, actes médicaux (médecin généraliste ou spécialiste) et examens de radiographie ou de biologie.
- Les franchises non remboursées par la Sécurité sociale, applicables sur les médicaments, actes paramédicaux et les frais de transport.
- La majoration de la participation de l'assuré qui consulte hors parcours de soins (non-désignation d'un médecin traitant ou à la consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins).
- La prise en charge des dépassements d'honoraires autorisés par le 18^{ème} article L162-5 du Code de la Sécurité sociale si hors du parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit 8 €).

- Les plafonds de prise en charge :

- un équipement optique (monture + verre) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue avec un maximum de prise en charge.

VERRES		MAXI
A	2 verres simples foyer sphère comprise entre - 6 et + 6 ou cylindre ≤ + 4 + monture	470 €
C	2 verre complexes verres simples foyer à sphère hors zone de - 6 et + 6 dioptries ou cylindre supérieur à + 4 et verres multifocaux ou progressifs + monture	750 €
F	2 verres hypercomplexes verres multifocaux ou progressifs sphérocylin- driques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progres- sifs sphériques dont le sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries pour adulte + monture	850 €
A + C = B	1 verre simple foyer et 1 verre complexe + monture	610 €
A + F = D	1 verre simple foyer et 1 verre hypercomplexe + monture	660 €
C + F = E	1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe + monture	800 €
MONTURE	LIMITÉE À 150 €	

- Un plafonnement des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO* à 100 % du tarif opposable.

- La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents à l'OPTAM doit être inférieure d'au moins 20 % à celle proposée pour les praticiens ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO.

Point de vigilance :

les postes sensibles

à négocier

- Le **dentaire**, en raison des dépassements d'honoraires élevés (prothèses, orthodontie) et le développement de nouvelles techniques dentaires coûteuses et peu ou pas remboursées par le régime de base (implants, parodontie...).
- L'**optique**, à cause une prise en charge quasi inexistante par le régime d'Assurance maladie dit de base, mais dans la limite des plafonds ANI et plafonds du contrat responsable.
- La **médecine de ville**, au vu de l'accroissement des dépassements d'honoraires sur les consultations de spécialistes (gynécologue, ophtalmologiste...), mais dans la limite des plafonds prévus par le contrat responsable pour les praticiens non signataires OPTAM ou OPTAM-CO.
- L'**hospitalisation**, marquée par de forts dépassements d'honoraires (cf. actes de chirurgie), notamment sur les interventions en secteur privé (dans la limite des plafonds prévus par le contrat responsable pour les praticiens non signataires OPTAM ou OPTAM-CO), et l'augmentation des frais annexes non remboursés par la Sécurité sociale (chambre particulière, forfait journalier pour le régime général, frais accompagnant, franchise forfaitaire pour actes coûteux...).
- Les **prothèses orthopédiques**, caractérisées par de forts dépassements des bases de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les **prothèses auditives** dont les coûts sont élevés et les remboursements insuffisants au niveau du régime de base.

MISE EN PLACE PROGRESSIVE DE LA RÉFORME

« RAC 0 OU 100 % SANTÉ » SUR 2019 - 2021

Suite à la réforme mettant en place « le reste à charge zéro », un panier « 100 % santé » est applicable depuis le 1^{er} janvier 2019 et intégré aux contrats responsables à compter du 1^{er} janvier 2020.

Des « classes » de niveau de garantie sont créées permettant de différencier « au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations », celles qui devront faire l'objet d'une « prise en charge renforcée ».

Avant le 1^{er} janvier 2019, les organismes pouvaient prendre en charge les frais exposés en complément des tarifs de responsabilité sur les équipements optiques et dentaires. Mais, à partir du 1^{er} janvier 2020, ils devront prendre en charge lesdites garanties dans le cadre de leurs contrats responsables uniquement.

Plusieurs décrets d'application sont parus et contrairement au déploiement du panier « 100 % santé » qui est fixé au 1^{er} janvier 2019 à l'égard des distributeurs d'équipements, le PLFSS 2019 prévoyait un délai d'adaptation aux organismes complémentaires.

Concrètement, tous les accords collectifs et décisions unilatérales de l'employeur créant des régimes de prévoyance devront être à la fois mis en conformité avec les nouvelles classes et prises en charge rendues obligatoires par la réforme « 100 % santé » et renégocier au niveau des tarifs appliqués. Ces négociations devront intégrer une mise en place progressive de la réforme lissée sur la période 2019 - 2021.

Des décrets d'application précisent les modalités et les contours de la réforme. Le « 100 % santé » se traduira par la mise en place de paniers de soins pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire. Il s'agit d'offres d'entrée de gamme.

Le « reste à charge à zéro » ne signifie pas que la Sécurité sociale remboursera les frais de santé dentaire, optiques et audioprothèses à 100 % sans reste à charge pour l'assuré. Au contraire, le reste à charge à zéro est basé sur un panier de soins strictement déterminé en prothèses dentaires, optiques et audioprothèses, et dès lors que le patient reste bien dans celui-ci, la Sécurité sociale et la complémentaire santé rembourseront les frais à hauteur de 100 %.

LA CRÉATION DE PANIER DE SOINS LABELLISÉS 100 % SANTÉ

100 % SANTÉ DENTAIRE

La Convention dentaire du 21 juin 2018 organise le 100 % santé pour le dentaire. Un dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire est prévu avec une revalorisation des tarifs des soins courants en contrepartie d'un plafonnement des tarifs des prothèses. Trois paniers de soins seront mis en place pour la prise en charge des prothèses.

- Panier 100 % santé : soins élémentaires et des couronnes dans des matériaux différents selon l'emplacement (dents visibles ou dents de fond de bouche).
- Panier aux tarifs maîtrisés.
- Panier aux honoraires libres.

Zoom : 100 % Santé

100 % SANTÉ EN OPTIQUE

• POUR LES VERRES

Deux classes sont établies, une classe sans reste à charge et une classe pour laquelle les prix seront libres.

L'équipement du panier « 100 % santé » sera un équipement qui devra présenter des qualités esthétiques (amincissement) et techniques (anti-reflet et anti-rayure).

Les opticiens, qui seront dorénavant labellisés, devront avant toute autre offre, proposer obligatoirement un équipement « 100 % santé » adapté au patient, garanti pendant deux ans.

• POUR LES MONTURES

Chaque opticien devra présenter un minimum de montures dont un certain nombre de modèles différents tant pour l'adulte que l'enfant.

Au sein du panier « 100 % santé » des montures sans reste à charge seront accessibles pour des montants inférieurs ou égaux à 30 €.

Les autres montures verront leur prise en charge diminuée, le nouveau contrat responsable plafonnera leur remboursement à hauteur de 100 € contre 150 € actuellement (mise en conformité à prévoir des contrats).

L'assuré pourra mixer les offres, en choisissant par exemple des verres 100 % santé et une monture à tarif libre.

La prise en charge de cet équipement reste limitée à 2 ans pour les adultes et 1 an pour les mineurs dont l'âge est désormais plafonné à 15 ans révolus, en cas de changement de dioptrie de 0,5, le délai est réduit d'un an et sans délai pour les enfants de moins de 15 ans.

• POUR LES AUDIOPROTHÈSES

Une nomenclature sera créée en audioprothèse avec la mise en place de deux paniers de soins :

- Panier 100 % santé, intégrant l'ensemble des équipements auxquels seront appliqués progressivement des plafonds pour aboutir à un équipement de 950 € d'ici 2021.

- Panier tarifs libres : comme en optique, les audioprothésistes seront labellisés et devront obligatoirement proposer un équipement conforme au panier 100 % santé avec tout autre proposition en panier tarifs libres.

Des décrets d'application seront publiés pour préciser les modalités de mise en œuvre de la réforme.

« SYNTHÈSE DES MODIFICATIONS À APPORTER AUX ACCORDS DE BRANCHES »

Garanties	Panier ANI	Cahier des charges contrats responsables		Modification nécessaire des accords
	D. 911 - 1 CSS (actuel)	Art. R.871 - 2 CSS (actuel)	Art. R.871 - 2 (nouveau)	
Accès techniques et consultations	Plancher : 100 % BR	Plancher : 100 % BR Plafond : - optam/optam-co : SO - hors optam/optam-co : x-20 % dans la limite de 200 % BR (où x = plafond de remboursement applicable aux praticiens Optam)	Pas de changement	Non
Pharmacie (à l'exception des médicaments à SMR faible)	Plancher : 100 % BR	Plancher : 100 % BR	Pas de changement	Non
Forfait journalier hospitalier	100 % BR	SO	SO	Non
Soins dentaires prothétiques et orthopédie dento-faciale	Plancher : 125 % BR	SO	Plancher : couverture 100 % santé dans la limite des PLV	Oui
Optique	Équipement verres simples : min. 100 € Équipement verres complexes : min. 200 € Équipement verres très complexes : min. 200 €	Équipement verres simples : min. 50 € / max. 470 € Équipement verres complexes : min. 200 € / max. 750 € Équipement verres très complexes : min. 200 € / max. 850 € Dont plafond monture : 150 €	Équipement 100 % santé (toutes corrections) frais réels dans la limite des PLV Équipement tarifs libres : Verres simples : min. 50 € / max. 420 € Verres complexes : min. 200 € / max. 700 € Verres très complexes : min. 200 € / max. 800 € Dont plafond monture : 100 €	Oui
	Renouvellement tous les deux ans (un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	Renouvellement tous les deux ans (un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	Renouvellement tous les deux ans (un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	
Audiologie	Plancher : 100 % BR	Plancher : 100 % BR	Équipement 100 % santé : frais réels dans la limite des PLV Équipement tarifs libres : max. 1 700 €, avec prise en charge au minimum par période de 4 ans	Oui

CALENDRIER SYNTHÉTIQUE DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME 100 % SANTÉ



QUEL BILAN TIRER DE LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Le lancement d'une nouvelle réforme sur la complémentaire santé aurait dû être précédée par un véritable bilan sur la généralisation de la complémentaire santé en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 qui portait notamment sur les garanties optiques qui sont à nouveau concernées dans la réforme du 100 % santé.

À ce stade, il est possible de tirer plusieurs constats de la réforme entrée en vigueur depuis 2016. Selon les signataires de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013, la généralisation de la complémentaire santé poursuivait trois objectifs principaux justifiant leur soutien à cette disposition :

- 1 - Améliorer le taux de couverture des salariés du privé.
- 2 - Rendre obligatoire la prise en charge par l'employeur de la complémentaire santé.
- 3 - Favoriser la mobilité des salariés en maintenant la couverture des salariés quittant leur entreprise.

C'est donc à l'aune de ces trois objectifs, mais aussi des conséquences indirectes de cette réforme, qu'il convient d'évaluer celle-ci.

1 - Une réforme aux effets discutables sur l'amélioration du taux de couverture de la population car excluant les salariés les plus précaires

Dès mai 2015, une étude prospective de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) affirmait que l'ANI n'aurait qu'un effet limité sur l'amélioration du taux de couverture de la population.

En effet, l'IRDES indiquait que les salariés actifs bénéficiaient déjà d'un des taux de couverture les plus élevés de la population (96,4 %) contre 95 % pour l'ensemble de la population.

A contrario, les salariés les plus précaires étaient ceux qui accusaient un taux de couverture inférieur à la moyenne (chômeurs, CDD, CMUC, apprentis, temps partiels...). Les scénarii étudiés anticipaient d'ores et déjà un effet modeste de l'ANI sur la non-couverture de la population en générale déjà couverte à 95 %.

Au niveau de la mise en œuvre de la généralisation, les décrets d'application ont précisément ouvert la possibilité de dispenser les salariés, les plus précaires, du bénéfice d'une couverture obligatoire :

- Les CDD et contrats de mission dont la durée est inférieure à 12 mois ; et de plus de 12 mois si les salariés bénéficient bien d'une couverture complémentaire.
- Les salariés en contrat d'apprentissage et temps partiel lorsque le coût cumulé de leur protection sociale représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes.

De plus, le maintien de la couverture pour les chômeurs, via le dispositif de portabilité, était limité à la durée de leur ancien contrat de travail, soit entre 3 et 12 mois, alors que les chômeurs présentaient le taux de couverture le plus faible de la population, soit 86,3 %.

Enfin, la généralisation de la complémentaire santé a exclu les retraités de son champ d'application et entraîné une régression pour les actifs devenant retraités (Loi Evin) en supprimant le plafond d'augmentation de 150 % au terme de la 4^{ème} année de sortie du régime applicable aux actifs, qui peut être atteint dès la 3^{ème} année.

La réforme n'a pas résolu la difficulté d'accès aux soins des retraités avec la fin de la participation employeur et la sortie des contrats collectifs pour les anciens salariés, entraînant une augmentation du coût pour les retraités de 50 %.

Dans les faits, la généralisation de la complémentaire santé a donc concerné les salariés les plus stables et mis à l'écart les salariés les plus précaires, ainsi qu'une proportion importante des populations mal couvertes avant 2016 (étudiants, une partie des chômeurs, fonctionnaires et retraités).

À ce jour, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) n'est pas encore en capacité de déterminer avec précision le nombre de personnes supplémentaires couvertes en santé depuis la réforme de 2016 et renvoie à la prochaine enquête « protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES ».

2 - Une participation employeur devenue obligatoire, mais générant une augmentation des impôts et une baisse des prestations sociales des salariés

La complémentaire santé étant rendue obligatoire par la loi, l'avantage fiscal dont bénéficiaient les salariés consistant à ne pas intégrer à leur revenu fiscal le montant de leur cotisation prise en charge par l'employeur, a été supprimé dès 2014, soit deux ans avant l'application effective de la généralisation.

Cette remise en cause due à l'entrée en vigueur de la généralisation de la complémentaire santé a eu deux conséquences directes pour les salariés :

- pour les salariés imposables, selon le rapporteur du budget au Sénat de 2014, une note de la Direction générale du Trésor indiquait que :
 - 8 millions de salariés, soit 60 % des salariés du privé, ont vu leur revenu fiscal de référence augmenté.
 - Cette augmentation a provoqué une hausse d'impôts de 118 € en moyenne, soit un coût pour les salariés de près d'un milliard d'euros en terme de pouvoir d'achat.
- Pour les salariés non imposables avant la réforme, 275 000 ménages sont devenus imposables en 2014 du seul fait de la généralisation de la complémentaire santé avec un impact direct sur leur pouvoir d'achat.
- De plus, les salariés ont également subi des conséquences indirectes sur l'ensemble des prestations sociales assises sur le revenu fiscal de référence telles que :
 - les tarifs des prestations proposées par les municipalités et autres collectivités locales (restaurations scolaires, accueils de loisirs, centres de loisirs, adhésions aux activités extra-scolaires...).
 - Allocations familiales et aides au logement.
 - Les prestations sociales et culturelles perçues des comités sociaux et économiques (CSE)...

3 - La mutualisation de la portabilité : une avancée pour les salariés

- Une mutualisation facilitant le recours à la portabilité pour les salariés

La mutualisation de la portabilité a simplifié pour les employeurs et les salariés le recours à la portabilité du fait de son préfinancement obligatoire, auparavant celui-ci était facultatif. En l'absence d'un tel dispositif, l'employeur et le salarié devaient verser un montant de cotisation à déterminer selon une durée à définir par accord collectif. À présent, le coût de la portabilité est intégré à celui de la cotisation mensuelle versée par les deux parties et sa durée est légalement fixée. La mutualisation de la portabilité est certainement l'une des avancées positives de la généralisation. Néanmoins, un effet pervers existe car l'augmentation de la précarité, du « turnover » dans l'entreprise, accroît de facto le coût de la portabilité pour les salariés alors qu'ils ne sont pas responsables de celui-ci.

- Un allongement de la durée maximum de 9 à 12 mois mais limitée dans le temps

L'allongement de la durée maximum de la portabilité a été porté légalement de 9 à 12 mois créant une amélioration de couverture pour les salariés à condition qu'ils

bénéficient de droits à « indemnisation par Pôle Emploi ». Il s'agit d'une amélioration de couverture. Néanmoins, la limitation dans le temps à 12 mois maintient un obstacle à la protection sociale des salariés chômeurs qui sont la population ayant le taux de non-couverture le plus élevé de la population (13,7 % contre 5 % pour l'ensemble de la population).

LES EFFETS INDIRECTS DE LA GÉNÉRALISATION

La censure des clauses de désignation

• **L'article 1 de l'ANI rappelait la possibilité d'avoir recours à la clause de désignation mais de façon superflue.**

Les signataires de l'ANI ont pris le parti de faire noter dans l'accord la possibilité d'avoir recours à la « désignation d'un organisme assureur ». Cette disposition paraissait superflue dans la mesure où les désignations étaient déjà entrées dans le droit positif national et européen sans qu'il soit nécessaire de rappeler dans un texte législatif cette faculté.

Les opposants à la désignation, au premier rang desquelles la Fédération Française de l'Assurance (sociétés anonymes) et la CSCA (Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurance), ont in fine laissé introduire cette disposition afin de mener une action de lobbying efficace, notamment auprès du Conseil constitutionnel pour faire censurer par celui-ci une technique de mutualisation pourtant reconnue par la Cour de justice de l'Union européenne.

• **La fragilisation des régimes de prévoyance lourde des branches professionnelles**

L'interdiction des clauses de désignation par la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 aura progressivement de graves conséquences sur les régimes de prévoyance lourde des branches. En effet, l'intérêt de ce dispositif était d'exclure la protection sociale des salariés du champ de la concurrence entre les entreprises d'une même branche d'activité, en mutualisant les cotisations et prestations versées auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs. Cette consolidation, appelée « mutualisation », permettait l'application d'un taux moyen applicable à l'ensemble des entreprises d'une branche, indépendamment de l'âge, du genre, ou de la localisation géographique des salariés. Cette censure aura des conséquences néfastes essentiellement sur les régimes de prévoyance lourde qui constituent un risque long, rendant indispensable une solidarité de moyen et long terme.

Depuis la censure des clauses de désignation, les compagnies d'assurance et les courtiers ont gagné « l'ouverture à la concurrence du marché des contrats collectifs » en ciblant les entreprises bénéficiant d'un profil de risque inférieur à la moyenne des risques appliqués sur une branche, qui fera sortir de la mutualisation lesdites entreprises, ce qui augmentera progressivement ce taux moyen appliqué aux entreprises et salariés adhérents aux régimes de prévoyance lourde de la branche. Les régimes de branches risquent donc une fragmentation des risques couverts, au détriment des salariés et des entreprises au profil de risque supérieur à ce risque moyen. Au nom de la liberté d'entreprendre, c'est la protection sociale des salariés qui est attaquée.

La fragilisation du modèle mutualiste et le renforcement des sociétés d'assurance et courtiers

• **Un transfert d'une couverture par les mutuelles... au profit des compagnies d'assurance et des courtiers**

Selon les statistiques du Fonds CMU-C, qui collecte la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) versée par les organismes complémentaires santé, sur un secteur en augmentation de +1,3 % en 2016, l'évolution par famille est très contrastée.

Pendant que les mutuelles stagnent à 0,3 %, les institutions de prévoyance progressent légèrement avec 2,1 %, les compagnies d'assurance sont en forte progression à 2,7 %. De sorte que le poids des mutuelles devrait descendre progressivement à 50 % du volume de cotisations collectées (52,16 % en 2016), tandis que les compagnies d'assurance devraient atteindre les 30 % en 2017 ou 2018 (29,55 % en 2016).

Globalement, sur les 916 millions d'euros qu'a générés la généralisation de la complémentaire santé, les compagnies d'assurance en ont capté 600 et les institutions de prévoyance 280 millions d'euros (Étude DREES 2018).

Au-delà des compagnies d'assurance, ce sont les courtiers qui bénéficient de la censure des clauses de désignation pour une plus-value économique et sociale qui reste à démontrer pour les salariés.

• La fragilisation du modèle mutualiste

La transformation progressive du secteur de la complémentaire santé, couvrant majoritairement à titre individuel les personnes, à une couverture collective du fait de la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises, aura un impact direct sur les mutuelles. Concrètement, 274 millions d'euros ont été transférés de l'individuel vers le collectif entre 2015 et 2016. Or, les contrats individuels créent plus de marges que les contrats collectifs, ce qui provoquera une dégradation progressive de la santé financière des mutuelles positionnées en individuel. À cette dégradation, s'ajoute la nécessité de développer une technicité sur les contrats collectifs d'entreprise qui renforcera encore le mouvement de concentration des mutuelles. Ainsi, selon la DREES sur les 916 millions d'euros qu'ont générés la réforme, 900 millions ont bénéficié à seulement 9 organismes complémentaires, soit la quasi-totalité du volume d'activité supplémentaire.

L'augmentation du recours aux surcomplémentaires individuelles

Sur le terrain, de nombreux négociateurs syndicaux constatent une augmentation du recours aux surcomplémentaires facultatives pour les salariés. Les employeurs se limitent dans un certain nombre de cas au minimum légal de participation de 50 % du montant de la cotisation, les garanties santé antérieures ont pu être revues à la baisse. Un mouvement renforcé par les plafonds de garanties définies par la réforme du contrat responsable entré en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Cette tendance signifierait un désengagement progressif de la Sécurité sociale vers les organismes complémentaires, et enfin vers les salariés et leurs familles, fragilisant davantage le principe d'égalité devant l'accès à la santé.

Ces remontées devront être comparées à la prochaine étude de la DREES sur les contrats les plus souscrits depuis la généralisation de la complémentaire santé.

Une couverture en prévoyance lourde mise de côté

• La prévoyance lourde : un besoin prioritaire et une erreur stratégique dans la négociation de l'ANI

La généralisation de la complémentaire santé a mobilisé les moyens financiers et l'attention des employeurs et syndicats, mettant de côté la couverture en prévoyance lourde (arrêt de travail, décès...).

Or, le risque de pertes de revenus est beaucoup plus lourd de conséquences en cas d'arrêt de travail qu'en cas de reste à charge en santé. Ainsi, en l'absence de couverture en prévoyance lourde, la perte de revenus peut atteindre près de 350 000 € de revenus sur une période de 32 ans pour un salarié bénéficiant d'un salaire de 1 800 € et frappé d'invalidité à l'âge de 30 ans jusqu'à son départ en retraite. *A contrario*, une paire de lunettes tous les 2 ans lui coûterait 8 000 € en cas d'absence de couverture en santé.

De ce point de vue, la généralisation de la prévoyance lourde des salariés, aux 16 % de salariés non cadres, aux fonctionnaires notamment, aurait dû être prioritaire pour les signataires de l'ANI de 2013.

• **Une prévoyance lourde rabotée pour financer la « généralisation de la santé »**

Depuis 2013, un faible nombre de nouveaux régimes ont été créés en prévoyance lourde au niveau des branches, pire des baisses de garanties ont pu être observées pour financer la « généralisation de la complémentaire santé ».

Ainsi, dans certains cas, les employeurs ont préféré réduire les garanties en cas d'arrêt de travail, plutôt que d'augmenter le budget dévolu à la protection sociale afin de répondre prioritairement à la nouvelle obligation légale de couverture en santé.

Dans d'autres cas, le minimum de garanties en prévoyance lourde, dont bénéficient les salariés cadres, dit « 1,50 cadre », a été transféré ou partiellement réduit pour financer la mise en place de la complémentaire santé.

Dressé un bilan uniquement positif de la généralisation de la complémentaire santé est pour le moment contestable au vu des conséquences directes et indirectes provoquées par la réforme. Il est possible que le nombre de salariés couverts soient à terme en augmentation, mais encore faut-il prendre en considération la fragilisation engendrée par celle-ci sur l'ensemble de notre système de protection sociale.

1.1.1 Les différents types d'expression des garanties

- Dans les tableaux de garanties présentées par les organismes assureurs, les montants des garanties peuvent être exprimés de différentes façons :

• En % de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale

La base de remboursement Sécurité sociale (ou BRSS), est le tarif fixé par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, sur lequel la Sécurité sociale va calculer son remboursement.

Cette base de remboursement de la Sécurité sociale varie selon la qualité du médecin (spécialiste/généraliste), sa spécialité médicale (gynécologie, psychiatrie, cardiologie), son secteur conventionnel (1 ou 2), son adhésion à l'OPTAM/OPTAM-CO ou non, et le respect ou non du parcours de soins coordonné.

Exemple : pour une consultation de spécialiste secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO, la base de remboursement est de 30 € et le taux de remboursement est de 70 %, le montant du remboursement par la Sécurité sociale est donc de 20 €, il reste 1 € de franchise à la charge exclusive de l'assuré.

Pour une consultation de spécialiste secteur 2 non adhérent OPTAM, la base de remboursement est de 23 € et le taux de remboursement est de 70 %, le montant du remboursement par la Sécurité sociale est donc de 15,10 €, il reste 1 € de franchise à la charge exclusive de l'assuré.

En fonction des tableaux de garanties, le montant des remboursements de la complémentaire santé inclut déjà la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou doit être ajouté à cette dernière.

Vous retrouverez tous les niveaux de remboursements sur ameli.fr

• En % du ticket modérateur

La différence entre la BRSS et le remboursement effectif de la Sécurité sociale correspond au ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré avant l'intervention de la complémentaire santé.

Exemple : pour une consultation de spécialiste, secteur 1 ou secteur 2, signataire OPTAM ou OPTAM-CO, la base de remboursement est de 30 € et le taux de remboursement est de 70 %, le ticket modérateur est donc de 30 %.

Attention, le panier de soins ANI, issu de la loi de généralisation de la complémentaire santé, impose la prise en charge intégrale du ticket modérateur sur les frais médicaux courants, sauf médicaments remboursés à 15 % ou 30 %, l'homéopathie et cures thermales.

• En % du PMSS

Il s'agit du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) qui est réévalué chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de santé.

En 2021, le PMSS de 3 428 €.

Exemple : dans le tableau de garanties présentées ci-après, la chambre particulière est remboursée à hauteur de 1,5 % du PMSS soit $(3\,428 \times 1,5 \%) / 100 = 51,42 \text{ €}$

• En % des frais réels

Dans ce cas, la base de remboursement correspond à une fraction correspondant aux frais effectivement dépensés (pas la base de remboursement de la Sécurité sociale).

Attention : un plafond en optique s'applique du fait du « contrat responsable » et le remboursement des praticiens non CAS (Contrat d'Accès aux Soins) est plafonné.

Frais Réels	Dépassement d'honoraires		Reste à charge (RAC)	Possibilité de prise en charge par une complémentaire santé
	Tarif de convention (TC) ou Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou Tarif opposable	Ticket modérateur (TM)		
		Participation forfaitaire de 1 €		Obligation à la charge de l'assuré dans le cadre du « contrat responsable »
		Remboursement de la Sécurité sociale (RSS)		

La réglementation impose la mise en place d'un régime de complémentaire santé qui doit obligatoirement se situer entre :

- le plancher du « panier de soins prévu par l'ANI » (généralisation de la complémentaire santé).
- Et les plafonds de garanties prévus par le « contrat responsable ».

Pour vous y retrouver, retrouvez le tableau synthétisant les correspondances entre ces deux contraintes réglementaires (page 24).

PLFSS 2021

DES NOUVEAUX OBSTACLES À L'ACCÈS À LA SANTÉ

FORFAIT URGENCES

La création d'un "forfait urgences" en lieu et place du ticket modérateur à l'hôpital constitue un obstacle grave à l'accès aux soins. Les urgences hospitalières sont la garantie, pour chacun, d'être soigné quelles que soient sa situation sociale et ses ressources, souvent là où la médecine de ville est défailante. Avec le "forfait urgences", la carte bancaire remplace la carte vitale pour entrer à l'hôpital. Une fois de plus, ce seront les malades qui subiront un recul de l'effectivité de leur droit à la santé.

TAXE COVID

Le gouvernement va faire payer la crise aux ménages en créant un nouveau prélèvement obligatoire sur les cotisations des complémentaires santé mutualistes. C'est désormais plus 2 mois de cotisations qui ne seront pas redistribuées. Or, contrairement aux assurances, les mutuelles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer. Elles redistribuent les cotisations en prestations ou en services : c'est un engagement politique et une obligation légale.

Interpellez votre député sur : www.pas-de-taxe-sur-ma-sante.fr

AVEC LES MUTUELLES DE FRANCE, REFUSONS TOUS LES OBSTACLES À L'ACCÈS À LA SANTÉ !

Les postes de soins et niveaux de remboursement du contrat responsable

	Panier d
-Consultations et actes médicaux (soins de ville et hôpital) -Frais de pharmacie -Prothèse dentaire et orthopédie dento-faciale	Reste à charge de l'assuré : TM Pas d'obligation de prise en charge po la Sécurité sociale à 15 % et 30 %, les cu
Hospitalisation	TM + participation forfaitaire de 18 €
Des dépassements tarifaires des médecins (hors dépassements dentaires sur prothèse ou orthodontie)	-
Forfait journalier hospitalier*	Sans limitation de durée
Frais dentaire	125 % des tarifs servant de base de dentaire et orthopédie dento-faciale
Optique	Monture comprise
(a) verres simple foyer > sphère comprise entre -6 et +6 et cylindre inférieur ou égal à +4	Minimum 100 €
(c) verres simple foyer > sphère hors zone de -6 et +6 ou cylindre supérieur à +4 multifocaux ou progressifs	Minimum 200 €
(f) verres multifocaux ou progressifs sphère cylindriques (adulte)> sphère hors zone de -8 à +8 ou progressifs sphériques sphère hors zone de -4 et +4	-
(b)= (a) +(c) 1 verre simple foyer et 1 verre complexe	Minimum 150 €
(d)= (a) +(f) 1 verre hypercomplexe + 1 verre simple foyer	-
(e)= (c) +(f) 1 verre hypercomplexe + 1 verre complexe	-
Période prise en charge	Tous les 2 ans (annuel si évolution de la v

Garanties minimum à prévoir

* hors les établissements médico-sociaux ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)

Remboursement minimum légal (issu de l'ANI d

source : La Lettre ADEIS

le soins	Contrat responsable
pour les médicaments remboursés par les cures thermales et l'homéopathie	Reste à charge de l'assuré : TM Pas d'obligation de prise en charge pour les médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % et 30 %, les cures thermales et l'homéopathie
	TM + participation forfaitaire de 18 €
	Limité à 125 % pour les soins délivrés par les médecins qui n'ont pas signé le contrat d'accès aux soins (CAS) (100 % au 1 ^{er} janvier 2017)
	Sans limitation de durée
calcul de remboursement prothèse	Non précisé
	Monture limitée à 150 €
	Minimum 50 € maximum 470 € (y compris TM)
	Minimum 200 € maximum 750 € (y compris TM)
	Minimum 200 € maximum 850 € (y compris TM)
	Minimum 125 € maximum 610 € (y compris TM)
	Minimum 125 € maximum 660 € (y compris TM)
	Minimum 200 € maximum 800 € (y compris TM)
vue et pour les enfants mineurs)	Tous les 2 ans (annuel si évolution de la vue et pour les enfants mineurs)**

LES OPTIONS

Des options peuvent être mises en place pour compléter le régime de base complémentaire.

- Le régime juridique

La circulaire de la direction de la Sécurité sociale du 30 janvier 2015 prévoit que le caractère responsable s'apprécie au niveau de chaque contrat de complémentaire santé souscrit auprès du même organisme assureur ou auprès d'un organisme différent.

Donc, il est possible de mettre en place un contrat surcomplémentaire non responsable sans que celui-ci entraîne une requalification du contrat complémentaire responsable.

- Les incidences sociales et fiscales

- La part patronale est soumise à cotisations sociales et à impôts.
- La part salariale est soumise à impôts.
- Le contrat d'assurance est taxé à 20,27 % (au lieu de 13,27 % pour les contrats responsables).

Les options peuvent être souscrites à titre obligatoire par l'entreprise ou à titre facultatif.

Dans le cas d'options souscrites à **TITRE OBLIGATOIRE** pour les salariés, le tarif sera moins élevé que si les options étaient laissées à la discrétion des salariés (cas d'un accord de branche proposant un régime de base complémentaire et proposant des options facultatives pour l'entreprise mais **OBLIGATOIRE** pour le salarié, si l'entreprise choisit de l'étendre à tous les salariés). De plus, une participation de l'employeur de minimum 50 % du coût de la surcomplémentaire serait obligatoire en plus de celle sur le régime de base car la couverture est une obligation pour le salarié.

Point

de

vigilance :

Lorsque les options sont mises en place de façon obligatoire à l'égard des salariés, celles-ci doivent être « responsables au sens de la Sécurité sociale » afin d'être cohérentes avec les objectifs de régulation du système de santé qui ont conduit à la création de la notion légale de « contrats responsables et solidaires ».

Dans le cas d'options souscrites à **TITRE FACULTATIF** pour les salariés, le tarif est légèrement plus élevé car le périmètre de la mutualisation est plus faible que lorsque l'option est obligatoire. En principe, il n'y a pas de participation obligatoire de l'employeur pour des raisons d'exonérations fiscales et sociales dont ce dernier ne bénéficie pas. De plus, une taxation majorée s'applique à hauteur de 20,27 %.

La CGT s'oppose à la mise en place d'options facultatives pour les salariés car, d'une part, elles peuvent conduire à solvabiliser des logiques de dépassement d'honoraires des praticiens et, d'autre part, car elles induisent également un transfert de la responsabilité de la protection sociale de la collectivité vers l'entreprise et enfin jusqu'au salarié.

Au-delà du critère du tarif annoncé par les organismes assureurs, des services annexes sont proposés pouvant faire la différence entre les propositions présentées :

- LE TIERS PAYANT

Facultatif, il évite l'avance de frais du salarié. Néanmoins, celui-ci deviendra obligatoire pour les complémentaires santé, pour les consultations chez les médecins depuis fin 2017, dans le cadre du contrat responsable (les médecins ne sont pas tenus de s'y conformer).

- LES RÉSEAUX EN OPTIQUE, DENTAIRE, AUDIOPROTHÈSE, HOSPITALISATION...

Il s'agit de conventions passées entre un organisme assureur et des groupements de praticiens ou établissements de santé visant à proposer aux assurés des avantages sur le plan tarifaire et/ou qualitatif, en contrepartie d'une incitation des organismes assureurs à fréquenter ces groupements. Les réseaux en optique, audioprothèse et hospitalisation tendent à se développer fortement, ce qui n'est pas le cas des réseaux dentaires.

Point

de

vigilance :

Vérifier la correspondance entre le taux de couverture des réseaux des organismes assureurs par spécialité avec l'implantation de votre entreprise afin de s'assurer de leur pertinence pour les salariés.

- LES SERVICES DÉMATÉRIALISÉS

Les espaces personnels sur Internet pour suivre les remboursements en temps réel tendent à se généraliser. Certains espaces personnels permettent une demande de devis dentaire ou optique en ligne ou de poser des questions à son organisme assureur, ou tout simplement de consulter les garanties figurant dans la notice d'information.

- L'ASSISTANCE

Certains contrats intègrent des garanties d'assistance telles qu'une aide à domicile, la garde des enfants de moins de 15 ans, des ascendants, voire des animaux familiers en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à partir d'un nombre minimum de jours. C'est un avantage non négligeable, surtout lorsque le contrat permet d'anticiper une hospitalisation, notamment pour les familles monoparentales qui concernent majoritairement les femmes.

1.1.2 Les différentes façons d'exprimer les cotisations

Les cotisations payées par le salarié peuvent être exprimées de plusieurs façons, avec des incidences différentes pour le salarié :

• LES COTISATIONS EXPRIMÉES EN % DU PMSS

Comme vu précédemment, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale est une donnée extérieure au contrat liant l'organisme assureur et l'entreprise. Le PMSS est fixé chaque année par décret. Son montant est réévalué automatiquement en tenant compte de l'évolution moyenne des salaires.

L'inconvénient pour les salariés et les entreprises est qu'il génère automatiquement une augmentation progressive du coût des cotisations. Ainsi, ces dernières années, le PMSS a augmenté de 2 % en 2019 et de 1,5 % en 2020 pour atteindre 3 428 €. En 2021, pour la première fois, il sera stable à 3 428€ du fait de la baisse générale des salaires due à la crise (chômage partiel notamment).

L'avantage pour le régime d'une expression en pourcentage du PMSS est d'assurer une augmentation continue des ressources d'un contrat suivant l'augmentation naturelle des dépenses (vieillesse de la population, coût croissant des progrès technologiques...).

• LES COTISATIONS EXPRIMÉES EN EUROS

Inversement, par rapport à une expression en % du PMSS, l'avantage pour les salariés et les entreprises est qu'il ne génère pas automatiquement une augmentation progressive du coût des cotisations, malgré une évolution constante des dépenses de santé. Il est stable pendant toute la durée du contrat, sauf si un nouvel accord intervient entre les acteurs sociaux en lien avec l'organisme assureur.

L'inconvénient pour le régime d'une expression en euros, est que toute évolution des cotisations de santé doit faire l'objet d'un accord avec la partie employeur. Or, si le contrat est mal évalué par l'organisme assureur, le résultat risque de devenir rapidement déséquilibré, mettant ainsi en cause la pérennité du régime.

• LES COTISATIONS EXPRIMÉES EN % DU SALAIRE

Ce type d'expression assure une égalité de la contribution des salariés à proportion de leur salaire. L'inconvénient est que si la répartition de la masse salariale est mal évaluée, cela engendrera un déséquilibre des ressources du régime. De plus, il peut faire l'objet d'insatisfaction d'une partie des salariés les mieux rémunérés, sauf si ce montant est plafonné en fonction d'un montant ou de la tranche A du salaire par exemple.

Crédits photo : Gettyimages, iStock/Peopleimages, Shutterstock/TravnikovStudio



VEUVAGE



ÉDUCATION



HANDICAP



DÉPENDANCE



AIDANTS

MIEUX PROTÉGER LE SALARIÉ ET SA FAMILLE

L'OCIRP, assureur paritaire à vocation sociale, protège le salarié et sa famille face aux risques décès et perte d'autonomie par des contrats collectifs. Ses garanties s'activent par le versement d'une rente et d'un accompagnement social indissociable. Son dispositif HDS OCIRP® (Haut degré de solidarité) concentre et adapte les prestations des fonds de solidarité des branches professionnelles.

Retrouvez-nous sur
les réseaux sociaux



OCIRP.FR

UNION D'INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

1.2 Quelles sont les garanties assurées par une prévoyance lourde ?

Un régime de prévoyance lourde peut couvrir plusieurs types de risque.

- Le montant du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé à 3 428 € au 1^{er} janvier 2021. Le PMSS sert de référence aux prestations versées par la Sécurité sociale et par les organismes assureurs complémentaires qui expriment les cotisations et les garanties en pourcentage du PMSS.

- Rappel : la majoration pour les assurés ayant la charge d'au moins 3 enfants est supprimée depuis la Loi de Finance de la Sécurité Sociale 2020. Auparavant, le salarié percevait de la Sécurité sociale 66,66 % du salaire journalier de base à compter du 31^{ème} jour d'arrêt maladie. Depuis le 1^{er} juillet 2020, le montant de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale a diminué à 50 %.

- La suppression du délai de carence de 3 jours de l'indemnisation par la Sécurité sociale en cas de temps partiel thérapeutique lié à une maladie ou à un accident non professionnel (suppression déjà effective en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail).

1.2.1 L'arrêt de travail : la mensualisation, l'incapacité et l'invalidité

• LA MENSUALISATION OU « MAINTIEN DE SALAIRE »

Conformément à la loi dite de « mensualisation », l'employeur a l'obligation légale de maintenir la rémunération d'un salarié en cas de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à condition que ce dernier bénéficie d'un an d'ancienneté.

Ce maintien intervient en complément de la Sécurité sociale. Celle-ci applique un délai de carence de 3 jours. L'indemnisation de la Sécurité sociale commence donc à partir du 4^{ème} jour (voir schéma synthétique ci-après). Point de départ : l'obligation de maintien de salaire de l'employeur démarre à compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail. Du 1^{er} au 7^{ème} jour, la loi de « mensualisation » n'impose pas ce maintien de salaire. La prise en charge de ce délai de carence relève de la négociation collective.

À défaut de prise en charge par une prévoyance lourde complémentaire, le salarié risque donc de subir une perte de revenus due à la fois au délai de carence de la Sécurité sociale et de la loi de mensualisation.

Durée : la durée de maintien de salaire par l'employeur s'étend de 30 jours à 90 jours, en fonction de la durée de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise ou dans la branche

Montant : le montant légal du maintien de salaire par l'employeur est dégressif de 90 % du salaire brut pendant la 1^{ère} période de 30 jours, puis de 66,66 % à partir de la 2^{ème} période des 30 jours suivants.

Le calcul des IJSS (Indemnité journalière de la Sécurité sociale) : calcul IJSS (2021) = Salaire brut (SB), limité à 1,8 fois le SMIC, des 3 derniers mois et divisé par 91,25 X 50 %.

- Pour un revenu égal ou inférieur à 2 770,96 € (1,8 SMIC) : l'IJSS est égal à 50 % du salaire journalier de base.
- Pour un revenu supérieur à 2 770,96 € : l'IJSS est plafonnée à 45,55 €.

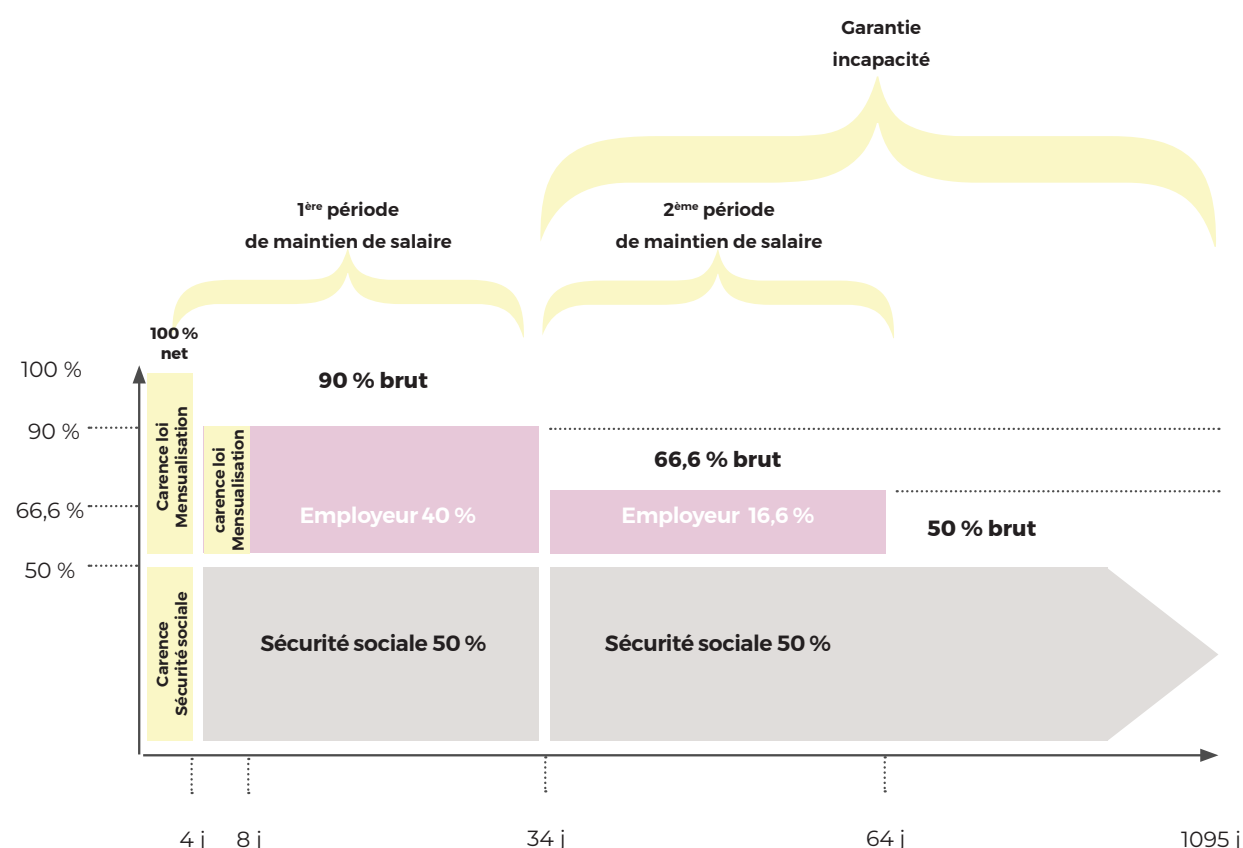
Le taux d'indemnisation passe de 50 % à 66,66 % à compter du 31^{ème} jour pour les assurés avec au moins 3 enfants à charge (IJ plafonnée à 60,02 €).

N.B. : cette majoration pour 3^{ème} enfant a été supprimée pour les arrêts de travail prescrits depuis le 1^{er} juillet 2020 et pour les arrêts qui atteindront les 31 jours d'arrêt à cette date.

La Sécurité sociale verse également des indemnités journalières en cas d'accident du travail, sur un salaire de référence différent et un taux d'indemnisation supérieur. **Pour plus de détails : ameli.fr - <http://bit.ly/2ijgll3>**

La Sécurité sociale n'indemnise que partiellement l'arrêt de travail, d'où l'importance du respect de l'obligation du maintien de salaire par l'employeur qui doit compléter ce premier niveau d'indemnisation.

SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE L'INDEMNISATION PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE L'OBLIGATION DE MAINTIEN DE SALAIRE PAR L'EMPLOYEUR



Conseils : les points à négocier

Les deux périodes de maintien de salaire peuvent être étendues et la prise en charge améliorée si des dispositions plus favorables sont prévues par la convention collective ou l'accord d'entreprise :

- l'allongement des périodes de maintien de salaire par l'employeur.
- L'abaissement du seuil d'ancienneté requis dans la branche ou dans l'entreprise aux deux périodes de maintien de salaire.
- Une meilleure prise en charge du maintien de salaire par l'employeur.
- La prise en charge des délais de carence de la Sécurité sociale et de loi de mensualisation.
- La subrogation.

Qu'est-ce que la subrogation ?

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle, congé maternité ou paternité, la Sécurité sociale verse des indemnités journalières (IJSS) au salarié remplissant les conditions d'ancienneté requises.

Pendant la période légale d'obligation de maintien de salaire, la subrogation permet au salarié de percevoir la totalité des sommes dues (IJSS et maintien de salaire) par son employeur. L'intérêt pour le salarié est d'éviter d'assumer seul des démarches administratives auprès de la Sécurité sociale.

Lorsqu'une subrogation est prévue, l'employeur perçoit directement le remboursement des IJSS avancées au salarié par la Sécurité sociale (CPAM). Il n'est pas obligé d'attendre que le salarié lui remette son décompte Sécurité sociale pour le transmettre à l'organisme assureur au cas où il serait assuré par une garantie « maintien de salaire ».

Deux conditions sont nécessaires à la subrogation :

- Il doit y avoir un maintien de salaire intégral ou partiel de l'employeur pendant la durée de l'arrêt de travail ou du congé.
- La part du salaire maintenu doit être d'un montant au moins égal à celui des indemnités journalières dues au salarié par la CPAM.

La subrogation peut être négociée au niveau d'un accord d'entreprise ou d'une convention collective.

• L'INCAPACITÉ DITE « TEMPORAIRE »

Cette garantie concerne les salariés en arrêt de travail de façon temporaire.

Point de départ de l'incapacité temporaire :

- généralement, à partir de la deuxième période de maintien de salaire de l'employeur en raison de la réduction du montant pris en charge par ce dernier de 90 % à 66,66 % du salaire brut.

La garantie peut être à la fois en « complément » (des 66,66 %) et/ou en « relais » (car elle dépasse les périodes de maintien de salaire de 90 jours maximum si l'ancienneté du salarié le permet).

- Mais dans la pratique, elle peut aussi intervenir après la deuxième période de maintien de salaire.

Elle se situe alors en relais des deux périodes de maintien de salaire.

Durée :

La garantie est d'une durée maximum de 3 ans (soit 1 095 jours) et tant que dure l'indemnisation Sécurité sociale.

Au-delà, si l'incapacité de travail temporaire du salarié persiste, celui-ci fait l'objet d'un classement en invalidité (ou incapacité permanente) par la Sécurité sociale.

Montant :

Le montant de l'indemnisation de la garantie « incapacité » relève de la négociation collective. Elle s'échelonne au-delà de 90 % du salaire brut (montant légal du maintien de salaire par l'employeur) et 100 % du salaire net.

La Sécurité sociale indemnise l'arrêt de travail (du 4^{ème} au 1 095 jours) et l'indemnité journalière est plafonnée, d'où l'importance du complément de revenu apporté par la garantie incapacité, surtout si l'arrêt de travail dure de nombreux mois, voire plusieurs années, provoquant une part de revenus importante pour le salarié.

PÉRIODE ET NIVEAU D'INDEMNISATION POUVANT ÊTRE PRIS EN CHARGE PAR LA GARANTIE INCAPACITÉ



Exemple d'un salarié ayant l'ancienneté minimale requise d'un an.

POUR LA CGT, un tableau pédagogique et synthétique présentant les différentes périodes et niveaux de couverture des risques en prévoyance lourde doit être IMPÉRATIVEMENT COMMUNIQUÉ PAR L'ORGANISME ASSUREUR.

Ces derniers disposent des moyens techniques nécessaires pour le réaliser pour chaque contrat et entreprise adhérente. Il s'agit là d'une information essentielle pour les négociateurs et bien sûr pour les salariés. D'ailleurs, ce tableau doit figurer dans un dépliant à destination des salariés et de leurs familles, en plus de la notice d'information remise au salarié, ainsi que dans le guide employeur communiqué par l'organisme assureur au service ressources humaines, puisqu'il sera en lien avec la Sécurité sociale et les services prestations de l'organisme assureur. Cela évitera des risques fréquents d'erreurs, qui sont souvent au détriment des salariés et de leurs familles, par simple méconnaissance du dispositif de prévoyance lourde. Ce type de tableau pourrait même être distribué aux salariés dans un tract « spécial protection sociale » par les militants CGT s'agissant d'une information essentielle.

Pour plus de détails :

www.ameli.fr

<http://bit.ly/2ijgll3>

N.B. : la franchise d'indemnisation par la Sécurité sociale (IJSS) n'est pas applicable en cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, d'un congé maternité ou paternité ou d'adoption. En cas de franchise résultant d'un arrêt de travail autre que les cas précités : la prise en charge par l'employeur ou du régime de prévoyance complémentaire relève de la négociation collective.

• L'INVALIDITÉ OU INCAPACITÉ PERMANENTE

La garantie invalidité indemnise les arrêts de travail dus à une incapacité permanente de travail du salarié qu'elle soit partielle ou totale.

Trois catégories d'invalidité sont déterminées par le médecin conseil de la Sécurité sociale :

- l'invalidité 1^{ère} catégorie : si le salarié est capable de continuer à exercer une activité professionnelle rémunérée.
- L'invalidité 2^{ème} catégorie : si le salarié ne peut plus exercer une activité professionnelle.
- L'invalidité 3^{ème} catégorie : si le salarié ne peut plus exercer une activité professionnelle et que son état requiert l'aide d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante.

L'exercice d'une activité à temps partiel d'une personne reconnue en invalidité :

Malgré ces définitions Sécurité sociale, une personne reconnue en invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie peut conserver une activité professionnelle à temps réduit, dès l'instant que le médecin de santé au travail donne son accord.

En effet, l'invalidité est accordée par le médecin conseil, or c'est le médecin de santé au travail qui délivre un avis d'aptitude pour un poste de travail : leurs avis sont parfois différents.

Point de départ de l'invalidité :

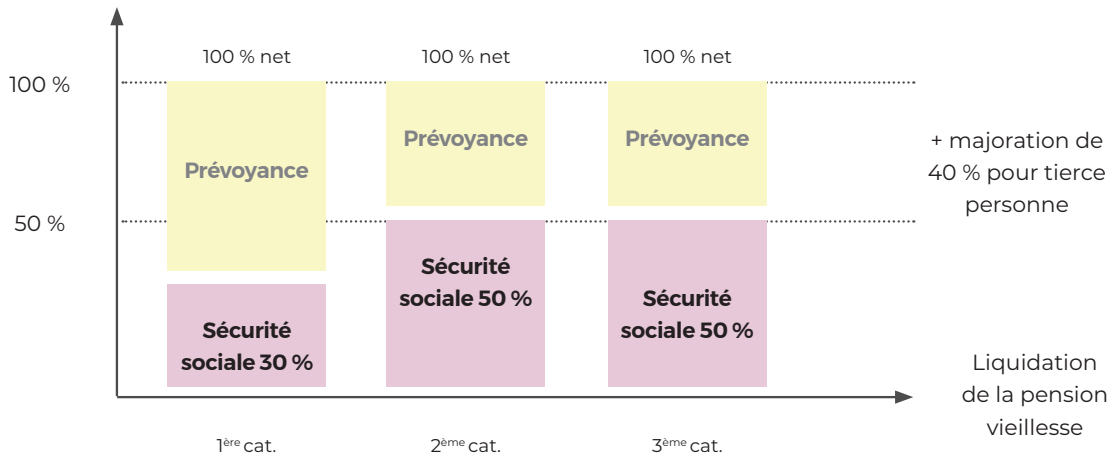
Le jour de la reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité sociale.

Montant :

le montant de l'indemnisation de la garantie invalidité relève également de la négociation collective. Elle s'échelonne selon le niveau d'invalidité entre le montant d'indemnisation par la Sécurité sociale (ci-dessous) et 100 % du salaire net :

- invalidité 1^{ère} catégorie : 30 % du salaire brut moyen des 10 meilleures années plafonnées (limitées à la tranche A du salaire, soit le montant du PMSS annuel).
- Invalidité 2^{ème} catégorie : 50 % du salaire brut moyen des 10 meilleures années plafonnées (limitées à la tranche A du salaire, soit le montant du PMSS annuel).
- Invalidité 3^{ème} catégorie : 50 % du salaire brut moyen des 10 meilleures années plafonnées + une majoration de 40 % pour tierce personne (limitées à la tranche A du salaire, soit le montant du PMSS annuel).

SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE LA GARANTIE INVALIDITÉ



Salaire de référence : salaire moyen des 10 meilleures années plafonnées.

Conseils :

- **Attention** : la déclaration d'arrêt de travail par le salarié doit être impérativement communiquée à l'employeur dans les 48 heures (volet n°3 de l'arrêt de travail délivré par le médecin).

- En cas de désaccord avec l'employeur sur le niveau des sommes dues par l'employeur pendant la période de maintien de salaire, d'incapacité ou d'invalidité, solliciter l'avis de l'organisme de prévoyance complémentaire. En effet, la réglementation relative à la prévoyance lourde est souvent méconnue et il est parfois utile de solliciter l'intervention de l'organisme assureur en tant que tiers, auprès de l'employeur.

- Si vous ne percevez pas vos indemnités arrêts de travail, rapprochez-vous de votre employeur et **à défaut contactez votre organisme de prévoyance pour qu'il vous confirme ou non la bonne réception des pièces nécessaires au versement des indemnités complémentaires. Si besoin, il pourra contacter votre employeur pour lui demander les pièces nécessaires** (bulletin de paie, certificat médical, attestation des périodes d'arrêts de travail, décomptes originaux de la Sécurité sociale...).

Voici le détail du calcul du montant des rentes invalidités versées par la Sécurité sociale :

Catégorie d'invalidité	% du salaire annuel moyen des 10 meilleures années	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1ère catégorie	30 %	289,89 €	1 013,17 €
2ème catégorie	50 %	289,89 €	1 688,61 €
3ème catégorie	50 % + 40 % au titre de la majoration pour tierce personne	289,89 € + 1 118,57 €	1 688,61 € + 1 118,57 €

Pour plus de détails :

ameli.fr

<http://urlz.fr/4yFp>

1.2.2 Les garanties liées au décès du salarié

• LE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS VERSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

En cas de décès du salarié, un capital est versé par la CPAM d'un montant forfaitaire de 3 472 € au 1^{er} avril 2020 (fixé et réévalué chaque année par décret), sous réserve que la personne bénéficiaire soit à la charge permanente et effective du salarié au jour du décès.

Il doit être demandé par les bénéficiaires dans un délai de 2 ans à compter du décès.

Pendant un mois, si les bénéficiaires étaient à la charge de l'assuré décédé, le conjoint, à défaut le partenaire lié par un PACS, à défaut les enfants, à défaut les ascendants, sont les bénéficiaires prioritaires du capital décès versé par la Sécurité sociale.

Cette somme vise notamment à couvrir une partie des frais d'obsèques, dont le coût moyen s'échelonne entre 2 000 € et 7 000 €.

Ainsi, la famille du salarié doit non seulement faire face au coût des obsèques, mais aussi à une perte de revenus du foyer.

C'est pourquoi, des prestations décès complémentaires peuvent être prévues par le régime de prévoyance, sous forme de capitaux ou de rentes.

• LE CAPITAL DÉCÈS

Le montant du capital est versé aux ayants droit du salarié sous forme d'un versement unique au moment de son décès.

Les bénéficiaires sont toujours prédéfinis par le contrat d'assurance (aux conditions générales), on parle alors de clause type :

- le conjoint marié, pacsé (parfois le concubin selon les contrats).
- À défaut les enfants à charge, par parts égales entre eux.
- À défaut les ascendants, par parts égales entre eux.
- À défaut les héritiers.

Mais le salarié peut déroger et modifier sa désignation à tout moment, de manière expresse : on parle alors de désignation particulière.

Il doit alors veiller à mettre à jour sa clause de désignation, notamment en cas de changement de situation de famille (séparation, distance, décès d'un proche ...)

Les garanties prévoient un montant de base appelé « capital décès toutes causes » défini, dans la plupart des cas, en fonction du salaire annuel de base de l'assuré, et encore souvent de sa situation de famille, célibataire, veuf-ve, divorcé-e, marié-e et du nombre d'enfant(s) à charge.

Le coût de cette garantie dépend à la fois de la probabilité de décès d'un salarié au sein de la population couverte par le contrat d'entreprise, du montant du capital à verser tel que prévu par la convention collective et du financement alloué à cette garantie par l'employeur et le salarié.

SPÉCIFICITÉS CADRES : LE 1,50 CADRE MOTEUR DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVOYANCE DE L'ENSEMBLE DES SALARIÉS

L'article 7 de la Convention Collective Nationale (CCN) de 1947, prévoit l'obligation pour toute entreprise du secteur privé de couvrir les cadres face au risque de décès.

La mise en place de cette couverture est destinée obligatoirement aux cadres visés aux articles 4 et 4 bis et facultativement aux assimilés cadres (article 36 de la CCN de 1947).

Le montant de la cotisation minimale de l'employeur doit être, en valeur absolue, de 1,50 % de la tranche A du salaire dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

La cotisation de 1,50 % de la tranche A du PMSS doit être affectée majoritairement au financement de garanties liées au risque de décès (capital décès, décès accidentel, double effet, rente de conjoint, rente éducation...), soit au moins 0,76 %.

Si l'employeur ne respecte pas cette obligation, en cas de décès d'un cadre, il sera sanctionné en versant aux ayants droit un capital d'un montant égal à 3 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 121 572 € en 2019. Cette sanction fait donc courir un risque sur la pérennité de l'entreprise en cas de non-respect de cette obligation.

Dans la pratique, l'employeur a tendance à prendre à sa charge 100 % de la cotisation prévoyance lourde de la tranche A des salariés cadres et assimilés, y compris au-delà de la limite du taux de 1,50 %. De fait, les cadres bénéficient souvent d'un supplément de prise en charge de cotisation au-delà de l'obligation prévue par la CCN de 1947.

Historiquement, cette obligation de cotisation minimale de l'employeur est la contrepartie d'un rattachement des cadres au Régime général de la Sécurité sociale en 1947. Avant 1947, les cadres bénéficiaient de dispositifs de retraite par capitalisation couvrant le risque décès à hauteur d'une année de salaire. La Sécurité sociale limitait le versement d'un capital décès équivalent à un mois de salaire contre près d'un an pour les garanties en vigueur pour les cadres, les syndicats obtinrent en compensation la création d'une cotisation obligatoire minimale en contrepartie de leur rattachement obligatoire à la Sécurité sociale.

Loin d'être un avantage uniquement catégoriel, la protection sociale des cadres a été depuis l'origine un moteur du développement de la protection sociale pour l'ensemble des salariés, non-cadres notamment. Ainsi, la création de l'Agirc en 1947 a engendré la création de l'Arrco en 1961 et en matière de prévoyance lourde, 86 % des salariés du privé, cadres ou non-cadres, sont à présent couverts contre ce risque.

Point**de****vigilance :**

Conformément à l'accord Agirc-Arrco du 30 octobre 2015, créant un régime unique Agirc-Arrco et faisant disparaître l'Agirc, des négociations ont conduit à un Accord National Interprofessionnel de l'Encadrement du 28 février 2020, signé par l'Ugict-CGT.

À l'issue des négociations, l'Ugict-CGT, au sein de l'intersyndicale, a bataillé et obtenu le maintien du « 1,50 cadre ». Ainsi, le préambule de l'ANI rappelle sans ambiguïté que :

« Il est rappelé que les accords nationaux interprofessionnels du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et du 12 juillet 2011 relatif à l'Association pour l'emploi des cadres demeurent en vigueur : le présent texte ne remet pas en cause leur application. Par conséquent, les salariés bénéficiaires de ces accords sont définis par les dispositions des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947, auxquelles il est fait référence dans l'ANI du 30 octobre 2015 relatif aux retraites complémentaires Agirc-Arrco-AGFF et reprises par les articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 précité. »

COMMENT VÉRIFIER LE RESPECT DU 1,50 % CADRE DANS VOTRE ACCORD D'ENTREPRISE/BRANCHE ?

Voici quelques principes simples pour le vérifier :

- le financement minimum par l'employeur doit être de 1,5 % de la tranche A du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, soit 51,42 € par mois minimum pour un salaire théorique au niveau du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en 2021.
- Sur cette cotisation minimale mensuelle, au moins 0,76 % doit financer des garanties liées au risque de décès (voir plus bas : capital décès, double effet en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, décès accidentel, rente éducation ou rente de conjoint), soit 26,05 € par mois en conservant la même référence salariale.
- Les 0,74 % restant d'un montant de 25,37 €, après financement des garanties décès peuvent être affectés :
 - a. au risque de perte de revenus en cas d'arrêt de travail : incapacité et/ou invalidité.
 - b. À la complémentaire santé, sous réserve que les salariés cadres ne demandent pas une dispense d'affiliation à la complémentaire santé proposée par l'entreprise, sinon le 1,50 % ne serait pas respecté.

Pour remédier à cette situation, l'entreprise doit demander la mise en place d'une option à l'organisme assurant les risques de prévoyance lourde

Si vous souhaitez recevoir une note détaillée sur les modalités de calcul du 1,50 cadre, envoyez-nous une demande sur revendicatif@ugict.cgt.fr

• LE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de survenance d'un décès (ou perte totale d'autonomie) à la fois soudain, violent et brutal, ayant une cause non médicale, une majoration du capital décès peut être prévue.

Ce type de garantie est peu coûteux au niveau de son financement. Elle est fréquemment incluse dans les contrats de prévoyance.

Exemple : un accident de la circulation.

• LE DOUBLE EFFET

En cas de décès simultané ou postérieur des parents, un capital décès additionnel peut être versé aux ayants droit. Il s'agit généralement d'un doublement du capital décès.

• LES RENTES LIÉES AU DÉCÈS

Prestations « échelonnées » versées aux ayants droit sous forme de revenus réguliers, généralement selon un fractionnement trimestriel (mais il peut être mensuel, semestriel ou annuel). Les contrats d'assurance complémentaires distinguent deux types de rentes selon le bénéficiaire :

- **La rente de conjoint** : destinée au conjoint survivant de l'assuré, elle peut être versée en plus ou en remplacement du capital décès, de façon viagère ou temporaire.
- **La rente viagère** : vise à compenser la perte des droits de retraite qu'aurait acquis l'assuré entre le moment de son décès et son départ en retraite.
- **La rente temporaire** : a pour but de compenser la perte de revenus entre le moment du décès de l'assuré et le moment auquel le conjoint pourra prétendre à la réversion des régimes de retraites complémentaires AGIRC-ARRCO.
Il s'agit d'une garantie relativement coûteuse.
- **La rente éducation** : versée temporairement aux enfants survivants ayants droit de l'assuré.

Leur versement peut être soumis, au-delà d'un certain âge, à une condition de poursuite d'études.

Le niveau de la rente est, le plus souvent, défini en pourcentage du salaire de base ou du plafond annuel de la Sécurité sociale, le pourcentage variant par palier en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Les garanties en rente sont coûteuses au regard de la durée de versement (notamment quand elle est viagère) et doivent être provisionnées dans les comptes du régime.

Il est courant de trouver un régime « Ensemble du personnel » avec différentes options possibles : capital majoré, capital minoré avec rente éducation, capital minoré avec rente de conjoint, formule mixte ou capital avec décès accidentel :

- **Le capital majoré** : versement d'un capital en cas de décès du salarié. Le montant de la prestation est fonction de la situation de famille au moment du décès. Il s'agit d'un pourcentage du salaire annuel brut.
- **Le capital minoré + rente éducation** : versement d'un capital décès réduit en contrepartie d'une rente éducation. Il s'agit d'un pourcentage du salaire annuel brut avec un montant différent selon l'âge des enfants à charge.
- **Le capital minoré + rente de conjoint** : versement d'un capital décès réduit en contrepartie d'une rente de conjoint temporaire et/ou viagère. Il est préférable de favoriser un mode de calcul en pourcentage du salaire annuel brut (éventuellement majoré pour chaque enfant à charge).

• LES RENTES DÉPENDANCE

Un contrat de dépendance vise à prémunir le salarié contre le risque de perte d'autonomie grâce au versement d'un capital ou d'une rente à vie en cas de survenance d'un état de dépendance totale ou partielle. L'intérêt est également d'éviter de faire supporter la charge financière et morale d'une perte d'autonomie à ses proches (conjoint, enfants ou petits-enfants).

2. Quel mode de mise en place privilégier ?

Plusieurs modes de mise en place sont possibles :

- Par accord collectif :

- au niveau d'une convention collective
- au niveau d'une entreprise

- Par voie référendaire.

- Par décision unilatérale de l'employeur.

Pour la CGT, l'accord collectif doit être privilégié car la protection sociale doit impérativement faire l'objet d'une négociation avec les syndicats représentés au niveau de la branche ou de l'entreprise, car elle concerne directement les droits des salariés.

La décision unilatérale de l'employeur doit être écartée car elle ne permet pas la participation des organisations syndicales, idem pour la voie référendaire, parfois utilisée pour contourner le dialogue social.

De plus, la négociation d'un accord de branche doit être prioritaire car elle permet :

- une harmonisation des garanties sociales pratiquées par les entreprises d'une même branche d'activité. Ainsi, la protection sociale des salariés risque moins d'être l'enjeu d'un dumping social entre les entreprises d'un même secteur.

- Il assure une couverture plancher pour les salariés qui sera un point d'appui pour les négociations dans les entreprises, notamment dans les branches d'activité qui comportent un nombre important d'entreprises avec moins de 50 salariés qui ne disposent pas de délégués du personnel pour négocier avec l'employeur.

- La recommandation d'un organisme assureur doit aussi être privilégiée dans la plupart des situations.

Pour la CGT : la reconnaissance de la possibilité d'une clause de co-désignation (au moins 2 assureurs) est important pour la protection sociale des salariés, car elle favorise l'égalité de traitement entre les salariés et les entreprises d'une même branche d'activité lorsqu'elles ont recours à ce dispositif. Ainsi, les garanties de protection sociale des salariés ne constituent plus un élément de concurrence entre ces entreprises qui doivent avoir un socle commun de niveau de garantie. Ce dispositif de solidarité assure ainsi le niveau de mutualisation le plus élevé favorisant la stabilité et la pérennité des régimes de prévoyance lourde au niveau des branches.

N.B. : la Cour de justice de l'Union européenne a validé le principe des clauses de désignation d'un organisme assureur dans les régimes de branche. Néanmoins, le Conseil constitutionnel a censuré par sa décision du 13 juin 2013 le principe des clauses de désignation. Cette décision prime pour le moment en droit français, rendant illicite le recours aux clauses de désignation.

3. Le cahier des charges

Une consultation doit être adressée aux organismes assureurs sur la base d'un cahier des charges à réaliser.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- 1-** dans le cas d'une entreprise de droit privé, sauf exception, la consultation peut être ouverte ou restreinte à un nombre déterminé d'organismes assureurs présélectionnés.
- 2-** Dans le cas d'une institution soumise aux codes des marchés publics, une consultation doit obligatoirement être publiée dans une publication habilitée à cet effet.
- 3-** Dans le cas d'un accord de branche, une procédure spécifique s'applique conformément au décret du 8 janvier 2015.

legifrance.gouv.fr

<http://bit.ly/2hv1FLD>

4. Quels bénéficiaires couvrir ?

4.1 En matière de prévoyance lourde

Les contrats de prévoyance lourde concernent uniquement les salariés. Les ayants droit ne sont concernés qu'en cas de décès du salarié (sauf éventuellement allocation frais d'obsèques pour les ayants droit) ou lorsque les garanties prévoient des prestations qui leur sont versées (rente éducation, rente de conjoint...).

4.2 En matière de complémentaire santé

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la généralisation de la complémentaire santé a rendu obligatoire pour l'employeur la couverture des salariés.

Il est à noter que seules les couvertures de personnes à titre obligatoire ouvrent droit pour l'employeur à une exonération de cotisations sociales sur la participation patronale. Cet avantage fiscal influe donc sur les bénéficiaires de la couverture complémentaire santé négociée avec l'employeur.

Des cas de dispense d'affiliation sont prévus par le législateur et détaillés dans la circulaire Sécurité sociale questions/réponses du 29 décembre 2015.

A- LES CAS DE DISPENSE DE PLEIN DROIT QUI PEUVENT ÊTRE INVOQUÉS PAR LE SALARIÉ, MÊME S'ILS NE SONT PAS PRÉVUS DANS L'ACTE FONDATEUR DU RÉGIME (DUE [DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR], ACCORD COLLECTIF OU RÉFÉRENDUM) :

- Les dispenses dites « loi Evin » pour les salariés présents dans l'entreprise au moment de la prévoyance complémentaire par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) peuvent demander à être dispensés d'affiliation au régime, sauf si cette DUE reprend un accord collectif de branche qui s'impose à l'ensemble des salariés de la branche.
- Les bénéficiaires des dispositifs d'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) et de la CMU-C.
- Salariés bénéficiaires de prestations, y compris en tant qu'ayants droit d'un contrat collectif et obligatoire, Madelin, régime local, CAMIEG, agents publics ou collectivités territoriales (Cf. arrêté du 26 mars 2012).
- Les salariés bénéficiant d'une complémentaire santé collective et OBLIGATOIRE (l'affiliation du salarié ne doit pas relever d'une faculté du salarié).
- Les salariés relevant du régime local Alsace-Moselle.
- Les CDD ou autres contrats précaires d'une durée inférieure à 3 mois à condition de justifier d'une autre couverture responsable.

Ces dispenses de droit peuvent être invoquées par le salarié :

- au moment de l'embauche.
- Ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties.
- Ou la date à laquelle prend effet le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS ou de la couverture frais de santé du conjoint à laquelle le salarié est affilié en tant qu'ayant droit à titre obligatoire.

B- LES CAS DE DISPENSE SIMPLES QUI NE PEUVENT ÊTRE INVOQUÉS PAR LE SALARIÉ QUE S'ILS SONT PRÉVUS DANS L'ACTE FONDATEUR DU RÉGIME (DUE, ACCORD COLLECTIF OU RÉFÉRENDIAIRE) :

- les CDD d'au moins 12 mois, si couverture individuelle souscrite par ailleurs et pour le même type de garanties.
- Les CDD inférieurs à 12 mois sans justificatif.
- Les salariés à temps partiel ou apprentis si la cotisation aux dispositifs de protection sociale obligatoires représente au moins 10 % de leur rémunération brute.

La demande de dispense doit résulter de la volonté explicite du salarié, traduisant un consentement libre et éclairé (la demande doit notamment faire référence à la nature des garanties : complémentaire santé ou prévoyance lourde, auxquelles il renonce et à la suppression du droit à portabilité). L'employeur doit être en mesure de justifier, en cas de contrôle URSSAF, la demande de dispense écrite des salariés concernés sous peine de requalification du contrat en non obligatoire, entraînant la perte des avantages fiscaux/sociaux sur les cotisations patronale/salariale.

Différents types de couvertures obligatoires sont possibles :

- Le salarié uniquement

Il s'agit probablement du cas de figure le plus répandu en raison de la généralisation de la complémentaire santé qui crée une obligation de couverture de l'employeur uniquement au profit du salarié et non de sa famille (conjoint et enfants facultatifs).

De plus, le développement des accords complémentaires santé au niveau des conventions collectives renforce la couverture restreinte au seul salarié.

L'avantage pour le salarié est de décider de l'affiliation du conjoint et des enfants au contrat collectif de son entreprise en fonction de la qualité de la couverture préexistante du conjoint. L'intérêt est aussi d'éviter le chevauchement de l'affiliation obligatoire des conjoints ou des enfants pour des couples relevant de conventions collectives différentes.

L'inconvénient est que l'extension facultative de la couverture au conjoint et aux enfants ne sera pas financée par l'employeur, celle-ci étant facultative.

La structure de cotisations pour ce cas de figure est définie comme une cotisation « salarié » ou « isolé ».

- La famille

Dans ce cas de figure, toute la famille doit être couverte par le contrat, sauf si le conjoint ou les enfants sont déjà couverts, à titre OBLIGATOIRE, par un autre contrat. Généralement, une limite d'âge pour la couverture des enfants est prévue dans le contrat ; au plus tard de 28 ans pour les enfants étudiants.

L'avantage de cette couverture est de bénéficier de la participation employeur et d'un tarif négocié pour l'ensemble de la famille.

N.B. : la participation patronale est au minimum égale à 50 % du montant de la cotisation des personnes assurées à titre OBLIGATOIRE, telle que définie dans l'accord de branche ou dans l'accord d'entreprise, si le périmètre des personnes couvertes est plus large par rapport à la branche (ex. : salarié + conjoint et/ou enfants).

- Les retraités

Les anciens actifs devenus retraités peuvent bénéficier d'une participation de l'employeur au financement de leur complémentaire santé notamment. Ce financement permet de limiter l'impact d'une hausse brutale des tarifs dans la limite légale de 150 % du tarif appliqué aux actifs hors prise en charge employeur antérieur (cf. Loi Evin). Cette continuité de financement permet également de conserver un lien avec les anciens salariés et leur entreprise et/ou leur organisation syndicale.

DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

Dans le cadre du degré élevé de solidarité, il est possible de faire prendre en charge les cotisations des retraités sur les fonds affectés au degré élevé de solidarité. L'intérêt peut être de lisser l'augmentation des cotisations des retraités qui ne bénéficient plus de la participation employeur.

CONSEIL : le cahier des charges de la consultation doit impérativement prévoir les tarifs applicables aux anciens salariés en arrêt de travail, licenciés, en suspension de contrat et retraités afin d'éviter une trop grande liberté d'appréciation de l'organisme assureur. Le différentiel de tarif entre les actifs et les anciens salariés peut constituer l'un des critères de choix de l'opérateur.

5. Quels types de catégories couvrir ?

Le décret du 9 janvier 2012 sur les catégories dites « objectives » (précisé par la circulaire de la direction de la Sécurité sociale du 25 septembre 2013) et le décret du 30 décembre 2015 sur les dispenses d'affiliations, déterminent les catégories de salariés devant obligatoirement être couverts par contrats en prévoyance lourde et en complémentaire santé (pour plus de détails, voir les textes réglementaires plus bas et le guide confédéral CGT plus développé sur cette question).

legifrance.gouv.fr - <http://bit.ly/2h5Ap5a>

securite-sociale.fr - <http://bit.ly/2hdfVei>

legifrance.gouv.fr - <http://bit.ly/2hYRNgy>

Le respect de ces catégories dans les contrats assure pour l'administration fiscale et sociale, le caractère collectif et obligatoire des garanties, ouvrant droit à des exemptions de cotisations sociales dites « patronales » sur les participations financières versées par les employeurs au titre de la couverture complémentaire santé et/ou de prévoyance lourde des salariés.

Ainsi, la réglementation peut autoriser la mise en place de contrats distincts, selon 5 critères correspondant à des catégories dites « objectives » :

- 1- Les salariés relevant ou non des articles 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947, ou plus largement affiliés ou non à l'Agirc.
- 2- Les salariés dont les tranches de rémunération relèvent soit de l'Agirc (tranche A, tranche B, tranche C), soit de l'Arrco (tranche 1 et 2).
- 3- L'appartenance aux premiers niveaux de classification des conventions collectives.
- 4- L'appartenance au second niveau de classification des conventions collectives.
- 5- L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire ou définie par usage.

Dans la pratique, la plupart des contrats se réfèrent aux critères 1 ou 2 pour déterminer les salariés devant être couverts par des régimes de prévoyance lourde ou de complémentaire santé, car ils bénéficient d'une « présomption d'objectivité ». L'employeur qui veut bénéficier des exemptions de cotisations sociales, n'est donc pas tenu de prouver le caractère collectif de la catégorie de salariés retenus dans les contrats, d'où un risque de redressement fiscal et social limité pour l'employeur.

Point

de

vigilance :

À l'issue des négociations, l'Ugict-CGT, au sein de l'intersyndicale, a bataillé et obtenu le maintien du « 1,50 cadre ». Ainsi, le préambule de l'ANI rappelle sans ambiguïté que : *« Il est rappelé que les accords nationaux interprofessionnels du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et du 12 juillet 2011 relatif à l'Association pour l'emploi des cadres demeurent en vigueur : le présent texte ne remet pas en cause leur application. Par conséquent, les salariés bénéficiaires de ces accords restent définis par les dispositions des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947, auxquelles il est fait référence dans l'ANI du 30 octobre 2015 relatif aux retraites complémentaires Agirc-Arrco-AGFF et reprises par les articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 précité. »*

N.B. : dans certains cas, les employeurs profitent de l'accord du 17/11/2018 pour remettre en cause le bénéfice du 1,50 cadre dont bénéficient les salariés dits « article 36 » assimilés cadres à titre facultatif au niveau des entreprises et des accords de branches professionnelles. L'Ugict-CGT revendique le droit des salariés « article 36 » au bénéfice des dispositions spécifiques liées au statut de l'encadrement au regard de leurs conditions de travail les assimilant à des cadres. Pour plus d'informations sur les négociations sur le statut de l'encadrement : www.ugict.cgt.fr/encadrement

Pour la CGT, tous les salariés doivent bénéficier de la même couverture. C'est pourquoi, la couverture de la complémentaire santé doit être identique pour les salariés, qu'ils soient cadres ou non-cadres, notamment pour les frais de santé. Par principe, elle s'oppose à la mise en place de garanties spécifiques pour d'autres sous-catégories de salariés reconnues par la convention collective, sauf exception tenant à la situation particulière des salariés comme pour les salariés expatriés.

Voir ci-après les spécificités réglementaires concernant la prévoyance lourde des cadres.

SPÉCIFICITÉS CADRES :

Si la loi au sens large autorise la création de garanties distinctes pour les cadres et non-cadres en matière de prévoyance lourde ou de complémentaire santé, les garanties tendent à s'harmoniser avec le temps. La seule exception concerne les garanties de prévoyance lourde en raison de l'obligation de financement de l'employeur à hauteur de 1,50 % de la tranche A du salaire des cadres. Néanmoins, il est possible d'harmoniser les garanties entre cadres et non-cadres, malgré ce surcroît de financement afin d'assurer une mutualisation plus forte entre les salariés.

N.B. : l'ancienneté maximum requise peut être de 12 mois pour bénéficier de la couverture en prévoyance lourde pour les salariés. Un accord de branche ou d'entreprise peut abaisser ou supprimer ce seuil. Dans la pratique, le délai de carence de la couverture correspond à la période d'essai du salarié. En matière de frais de santé, la loi dite de généralisation de la complémentaire santé rend obligatoire cette couverture dès le premier jour de travail du salarié depuis son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Pour la CGT, l'ancienneté requise doit être réduite au maximum et une attention particulière doit être portée aux parts de cotisations demandées aux salariés les plus précaires (temps partiel, CDD, apprentis...).

6. Quelles garanties négocier ?

6.1 Dans les régimes complémentaires santé

• **Les garanties d'un régime doivent correspondre au profil des salariés couverts par le contrat.**

Voici les caractéristiques déterminantes d'une population à couvrir :

- la moyenne d'âge.
- La proportion de femmes et d'hommes.
- La composition du foyer (% de couple et d'enfants).
- La localisation géographique en raison du coût des prestations des professionnels de santé propre à un territoire.
- Le salaire moyen.

Pour bien négocier un régime « frais de santé », il est essentiel de bien connaître la population à couvrir avant de travailler sur le cahier des charges envoyé aux organismes assureurs.

De manière générale, des profils spécifiques doivent inciter à négocier un renforcement des garanties suivantes :

- pour une population jeune dont la moyenne d'âge est inférieure à 40 ans

Soyez attentifs au niveau de remboursement des postes de dépenses liées aux enfants : consultations des spécialistes (pédiatre), des chambres particulières en cas de maternité, la prestation « lit accompagnant enfant » en cas d'hospitalisation, un forfait naissance, pharmacie (remboursement des vignettes bleues), orthodontie.

- Pour une population très féminine

Penser à négocier un bon niveau de remboursement des consultations chez les spécialistes (gynécologue), des forfaits contraceptifs, éventuellement des prises en charge de garanties innovantes, telles que les tests sanguins pour le dépistage de la trisomie 21 (pour le moment non remboursé par la Sécurité sociale).

- Pour une population plutôt âgée dont la moyenne d'âge est supérieure à 50 ans

- Négocier des garanties optiques et hospitalisations renforcées (dépassements d'honoraires chirurgicaux, chambres particulières).

- Des bons niveaux de remboursement sur les audioprothèses et sur la pharmacie.

- L'arrêt de travail : la négociation de la période de mensualisation et de l'incapacité de travail temporaire.

6.1

6.2 Dans les régimes de prévoyance complémentaire

D'une façon générale, évitez au maximum les périodes de carence. Vérifiez si le cahier des charges envoyé aux organismes assureurs prévoit en cas d'arrêt de travail une prise en charge :

- dès les 7 premiers jours d'arrêt de travail correspondant à la période de carence de la Sécurité sociale (3 premiers jours) et de la loi de mensualisation.
- Après la première période de maintien de salaire par l'employeur, lorsque le montant du maintien diminue de 90 % à 66,6 % du salaire brut.
- Négociez un allongement des deux périodes de maintien de salaire en abaissant l'ancienneté requise pour en bénéficier au-delà des durées des planchers légaux : **service-public.fr** - <http://bit.ly/2hv9d0X>
- Vérifiez le montant de l'indemnisation par le régime de prévoyance qui au maximum sera de 100 % du salaire net.
- Exigez la mise en place d'une subrogation de l'employeur afin de simplifier la procédure d'indemnisation des salariés.

6.2

SPÉCIFICITÉS CADRES :

En raison de conditions de travail différentes et des contraintes organisationnelles pesant sur les cadres, leur fréquence d'arrêt de travail est inférieure à celle des non-cadres. Selon un sondage IFOP de 2018, 22 % des cadres ne respectaient pas du tout l'arrêt de travail prescrit par leur médecin, mais près de la moitié le regrettait après coup (+8 points par rapport à 2016).). Une tendance à l'inobservance des arrêts qui se confirme au fil des années. Les analyses des résultats financiers de la garantie arrêt de travail (rapport entre les prestations et provisions/cotisations perçues), font généralement ressortir un écart d'environ 3 à 8 points en fonction de la branche d'activité et de l'entreprise. Un régime de prévoyance unique intégrant les cadres et non-cadres présente donc un meilleur résultat financier au global.

Conseil : pour assurer la meilleure mutualisation possible, un seul régime de prévoyance cadre et non-cadre doit être négocié. Ainsi, les résultats seront globalisés, de même que l'évolution des taux de cotisation pour l'ensemble des salariés relevant du régime.

- La négociation de la garantie invalidité

Vérifiez également que les 3 catégories d'invalidité seront bien indemnisées par l'organisme assureur.

En effet, lorsqu'un salarié est classé en invalidité, celui-ci subit chaque mois une perte de revenus très importante équivalent à 50 % de son salaire pendant de nombreuses années jusqu'à son départ en retraite.

- La négociation de la garantie capital décès

SPÉCIFICITÉS CADRES :

L'une des questions essentielles portera sur le montant des capitaux décès versés aux cadres et aux non-cadres, sachant que les premiers bénéficient en plus d'un financement obligatoire par l'employeur égal à 1,5 % de la tranche A du salaire.

En raison de surplus de financements des employeurs, les garanties décès sont généralement améliorées par rapport aux non-cadres :

- montant des capitaux décès supérieurs.
- Bénéfice de garanties complémentaires telles que la rente éducation ou la rente de conjoint survivant.

Conseil :

Il est possible de négocier une harmonisation des capitaux versés aux cadres et aux non-cadres.

Dans ce cas, l'excédent de financement patronal pour les cadres financera en partie ou intégralement l'alignement des garanties dont bénéficieront les non-cadres. La mutualisation des cotisations des cadres bénéficiera donc aux non-cadres.

DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ (DES)

Les accords de branches peuvent mettre en place un degré élevé de solidarité conformément à l'article L912-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'intérêt du DES est de créer des actions de solidarité et/ou de prévention au sein d'une branche professionnelle afin de valoriser l'intérêt de la mutualisation au sein d'un régime de branches et de sortir d'une logique strictement assurantielle.

Ce degré élevé de solidarité (DES) doit être financé a minima par un montant égal à 2 % du montant des cotisations des salariés.

Ces prestations à caractère dits « non directement contributifs » peuvent prendre trois formes :

- une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés.
- Une politique de prévention.
- Des prestations d'action sociale.

1 - La prise en charge partielle ou totale de cotisation pour certains salariés ou anciens salariés

• Avantages

- Assure un retour direct et immédiat d'une partie des fonds à destination des catégories de salariés identifiés comme prioritaires.
- Permet une utilisation rapide des fonds collectés, notamment s'ils ont été accumulés sur plusieurs exercices.
- Créer ou recréer une solidarité avec les anciens salariés devenus retraités.

• Inconvénient

- Nécessite une gestion individuelle et fine des appels de cotisations permettant de prendre en compte les montants de cotisations pris en charge par le DES.

2 - La politique de prévention

• Avantages

- Positionne la branche professionnelle, en complément des actions de prévention de la branche Accident du travail/Maladie professionnelle de l'Assurance maladie, comme un niveau pertinent pour mettre en place une prévention PRIMAIRE des d'arrêts de travail, dont les accidents du travail et maladies professionnelles, en lien avec les organismes assureurs qui disposent des données statistiques.
- Mettre en lien la politique de prévention avec la démarche « Travail santé » de la CGT, d'où la nécessité pour un négociateur de maîtriser à la fois les enjeux de protection sociale et de santé au travail :
 - engagement des salariés dans la démarche pour une réappropriation de leur travail.
 - Action collective, car les seules vraiment efficaces, plutôt qu'individuelles.

Pour en savoir plus : <https://bit.ly/2SVscVc>

Pour recevoir les prochaines éditions du « Guide de la démarche revendicative » à partir du travail de la CGT et être conseillé : travail-sante@cgt.fr

• Inconvénients

- La prévention financée sur le DES ne doit pas décharger l'employeur de son obligation de résultat en matière de santé au travail (cf. Code du travail).

N.B. : il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une recommandation pour mettre en place un degré élevé de solidarité.

Les actions du DES décidées au niveau d'une branche professionnelle doivent être formalisées au sein d'un accord collectif à intégrer dans le texte de la convention collective.

Selon une partie de la doctrine, la mise en place d'un DES au sein d'un régime de branche en santé ou prévoyance, est indispensable pour rendre obligatoire les dispositions d'un régime de branche professionnelle pour maintenir la primauté de la branche par rapport aux accords d'entreprises depuis les ordonnances Macron de 2017.

- Les politiques de santé publique ne doivent pas servir de facto de moyens de promotion pour les organismes complémentaires (manger 5 fruits et légumes par jour, bien dormir...) car des études scientifiques ont démontré l'inefficacité de ces actions en matière de diminution des arrêts de travail.

Pour être accompagné par l'Institut National de Recherche et de Sécurité, un organisme indépendant financé par une partie des cotisations accidents du travail/maladie professionnelle versées par les entreprises : [inrs.fr](https://www.inrs.fr)

3 - Prestations d'actions sociales de branches

• Avantage

- Créer une solidarité entre les salariés d'une même branche professionnelle.

• Inconvénients

- Nécessite un travail très lourd de rédaction d'un règlement d'un fonds social de branche.

- Pose des problèmes d'égalité entre les salariés et de définition d'un référentiel pour bénéficier des prestations sociales.

- Procédure de mise en œuvre très contraignante, car généralement le fonds de solidarité de la branche intervient en complément des organismes de Sécurité sociale, de la retraite complémentaire, rendant très hypothétique le reste à charge final, ou bien le niveau de prise en charge sera partiel, voire total, mais à mettre en relation avec le coût de la démarche pour le salarié (temps, crainte de la stigmatisation...).

Au vu des avantages et inconvénients des trois types d'actions, il est préférable d'utiliser les fonds du DES pour réaliser une prise en charge de cotisations et éventuellement des actions de prévention dans le cadre décrit précédemment.

Conseil :

Pour être efficaces et connues à la fois des salariés et des entreprises, les actions du DES peuvent être inscrites dans le corps du tableau des garanties réalisées par les organismes assureurs et figurant dans les documents contractuels.

L'achat de matériels professionnels visant à réduire les risques d'accidents du travail et les maladies professionnelles peuvent être pris en charge par les DES, en complément de ceux de l'INRS dans le cadre des actions de financement simplifiées.

Pour en savoir plus : ameli.fr/hauts-de-seine/entreprise/sante-travail

7. Quel type d'organisme assureur choisir ?

Il existe 3 types d'acteurs :

- 1 - les mutuelles qui sont des sociétés de personnes à but non lucratif.
- 2 - Les institutions de prévoyance qui sont gérées paritairement par les syndicats et les employeurs et à but non lucratif.
- 3 - Les compagnies d'assurances, souvent dénommées « assureurs ou sociétés d'assurances », qui sont à but lucratif.

Pour la CGT, le but non lucratif des mutuelles et des institutions de prévoyance conduisent logiquement à choisir ces acteurs qui se rapprochent des principes de solidarité et de démocratie que nous défendons. *A contrario*, les compagnies d'assurances, dont le but est de dégager des profits visant à rémunérer des actionnaires, doivent être écartées.

De plus, il faut être attentifs dans les contrats à ce qu'un courtier ne masque la présence d'une compagnie d'assurance. Pour vérifier ce point, il faut absolument contrôler cet élément dans le contrat d'assurance. La carte de tiers-payant ou les tableaux de garanties ou les notices d'information, souvent aux logos et couleurs du courtier, masquent fréquemment la présence d'une compagnie d'assurance comme organisme assureur du régime.

8. Quels droits sont maintenus en cas de cessation du contrat de travail ?

8.1 Les personnes relevant de l'article 4 de la loi Evin

La loi prévoit pour les organismes assureurs des maintiens de droits obligatoires pour les personnes relevant de l'article 4 de la loi Evin :

- des anciens salariés retraités et les salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité ou en cas de maternité, sous réserve d'en avoir fait la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail.
- Au profit des personnes assurées via le salarié décédé, pendant une période de 12 mois minimum, sous réserve d'en avoir fait la demande dans les 6 mois suivant le décès.

RAPPEL : en cas de bénéfice de la portabilité, les droits à maintien de garantie au titre de la loi Evin peuvent se cumuler et prendre la suite des droits à portabilité.

8.2 Les salariés relevant de la portabilité

La loi de généralisation de la complémentaire santé a rendu obligatoire la portabilité des droits en matière de prévoyance lourde et de complémentaire santé.

Ainsi, les salariés bénéficient d'un maintien de droit (inclus dans le coût de la cotisation) en matière de complémentaire santé et prévoyance lourde au moment de leur départ de l'entreprise aux conditions suivantes :

- bénéficier d'une indemnisation de Pôle Emploi.
- Le départ de l'entreprise ne doit pas être consécutif à une faute lourde privative de droits à portabilité.
- Avoir ouvert des droits à une complémentaire santé ou prévoyance lourde à la date de son départ de l'entreprise en fonction du type de portabilité demandée.
- La durée de la portabilité des droits est liée directement à l'ancienneté du salarié, dans la limite de 12 mois maximum.

N.B. : le degré élevé de solidarité peut décider de prolonger la durée légale de portabilité, notamment pour les salariés en contrat à durée déterminée.

8.2

9. Les autres paramètres à négocier

9.1 Les frais de gestion ou frais d'assurance

Le contrat d'assurance peut prévoir plusieurs types de rémunération pour l'organisme assureur :

- l'acquisition des excédents du contrat au cas où la répartition de celle-ci n'aurait pas été prévue dans le contrat d'assurance.
- Les produits tirés du placement des provisions ou des cotisations collectées.
- Les frais dits de « gestion ou d'assurance » qui sont fixes et certaines, quel que soit le résultat du régime, contrairement aux deux précédentes.

Dans le cadre d'un contrat collectif, les frais de gestion se décomposent eux-mêmes de plusieurs niveaux :

- les frais d'assurance (2 - 4 %) : c'est la rémunération du risque pris par l'assureur.
- Les frais de gestion (5 - 7 %) : c'est le coût direct lié à la gestion des cotisations des assurés et aux versements des prestations tout au long de la vie du contrat.
- Les frais de commercialisation/distribution (2 - 4 %) : c'est le coût lié aux démarches de déploiement du régime auprès des entreprises et/ou des salariés.

Le montant des frais de gestion varie en fonction du nombre d'entreprises à couvrir et/ou du nombre de salariés à affilier et de la fréquence en gestion du risque couvert (frais de santé/prévoyance lourde).

Si au moment de la présentation des comptes annuels du régime ils sont excédentaires, la question de leur répartition se posera.

Enfin, le montant des frais appliqués par l'organisme assureur fait actuellement l'objet de débats visant à les encadrer de façon plus stricte dans leur contenu et sur leur communication aux souscripteurs de contrats collectifs (entreprises ou collectivités publiques) ou individuels.

Pour la CGT, au vu du montant déjà important de ces frais, le recours à des courtiers n'est pas nécessaire car ces organismes coûtent 2 - 3 % supplémentaires qui viendront en déduction du résultat du régime. De plus, les courtiers constituent un « barrage » entre les organisations syndicales et l'organisme assureur « saisi » par le courtier, car les règles du courtage interdisent une relation directe entre les organisations syndicales et l'organisme assureur.

Néanmoins, il peut être nécessaire d'avoir recours à un organisme de conseils, ponctuellement, par exemple au moment de la mise en place d'un nouveau régime, ou en cas de renégociation d'un régime, ou à l'occasion d'un appel d'offres.

9.1

9.2 La Provision pour Égalisation (PE)

C'est pourquoi, il est conseillé de prévoir dans le cahier des charges d'un appel d'offres, la répartition des excédents.

Une provision pour égalisation est possible en complémentaire santé, mais elle n'est pas prévue par le Code général des impôts (article 39 quinquies), elle sera donc soumise à fiscalité pour l'organisme assureur.

Les excédents peuvent être utilisés pour :

1 - Abonder une provision pour égalisation (PE) : 75 %

L'intérêt de la PE est de lisser l'évolution du niveau des cotisations en cas d'augmentation sensible des prestations (épidémies, croissance des arrêts de travail, impact d'une nouvelle législation transférant une charge plus importante vers les complémentaires).

Ainsi, si la PE est correctement abondée sur plusieurs exercices excédentaires, les acteurs sociaux ne seront pas obligés de réagir brusquement à ces évolutions.

Le montant d'une PE est plafonné en fonction de l'effectif de la population à couvrir et du volume déjà mis en réserve les années précédentes.

A contrario, en cas de résultats déficitaires, les déficits seront reportés sur les années suivantes.

En l'absence de PE, c'est l'organisme assureur qui absorbera à la fois les excédents et les déficits des résultats.

2- Abonder une réserve générale du régime : 10 % - 15 %

Une partie des résultats pourra également financer une réserve générale du régime. Cette réserve servira également à conserver des marges de manœuvre financières pour le régime.

Lorsque la provision pour égalisation atteint son plafond, il doit être prévu une affectation des excédents directement sur la réserve générale.

3- Abonder un fonds d'action sociale du régime : 0 - 5 %

La création d'un fonds d'action sociale tend à se généraliser au niveau des régimes de branches lorsqu'ils prévoient la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs. Les fonds d'action sociale de branches sont financés, d'une part par les 2 % de cotisations qui doivent financer des droits dits « non contributifs » et, d'autre part, par une partie des excédents d'un régime.

4- Financer l'organisme assureur : 10 - 15 %

Dans ce dernier cas de figure, une partie des excédents revient à l'organisme assureur pour financer sa marge de solvabilité dont le coût est croissant. Ce montant est à négocier avec l'organisme assureur.

9.3 Le transfert des provisions

Il existe différents types de provisions qui pourront faire l'objet d'un transfert en cas de résiliation avec l'organisme assureur :

- la provision pour égalisation.
- La réserve générale.
- Le fonds d'action sociale de la branche.

Conseil : il faut impérativement prévoir cette clause dans le cahier des charges adressé aux organismes assureurs et en demander l'acceptation. Cette clause doit prévoir le transfert intégral des provisions afin de bénéficier de marges de manœuvre financières pour le démarrage d'un nouveau régime.

9.3

9.4 La revalorisation des prestations en prévoyance lourde

En cas d'arrêt de travail, les salariés doivent bénéficier d'une revalorisation de leurs prestations au fil des années.

L'enjeu porte essentiellement sur la revalorisation annuelle de la rente invalidité lorsque celle-ci est versée sur de nombreuses années.

Conseils :

Évitez de retenir certains indices de revalorisation des prestations qui ont tendance à stagner tels que :

- le point Agirc / Arrco.
- La moyenne des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels par l'Insee.

Privilégiez davantage les indices correspondants :

- à l'évolution du point de salaire de la convention collective si cet indice progresse régulièrement.
- Le plafond mensuel de la Sécurité sociale.
- L'indice de revalorisation des prestations des institutions de prévoyance, à condition que celui-ci ait été régulièrement revalorisé.

9.4

10. Le contenu de l'accord collectif

Lorsque le régime est défini et l'organisme assureur est choisi, un accord collectif doit être signé entre les acteurs sociaux.

Cet accord collectif doit être complet et précis et pour cela il doit détailler notamment :

b.

Les salariés couverts

ancienneté requise, la couverture des ayants droit, les dispenses d'adhésion.

d.

Le montant

des cotisations dont les maintiens de droits loi Evin.

f.

Le choix

du ou des organismes assureurs et les conditions de réexamen de ce choix.

a.

Les prestations

les obligations et interdictions de prise en charge, le panier minimum de soins, les prestations complémentaires (optiques avec les plachers et plachers), le dentaire et l'auditif.

c.

Le montant

des frais de gestion.

e.

La répartition

des cotisations entre l'employeur et le salarié.

g.

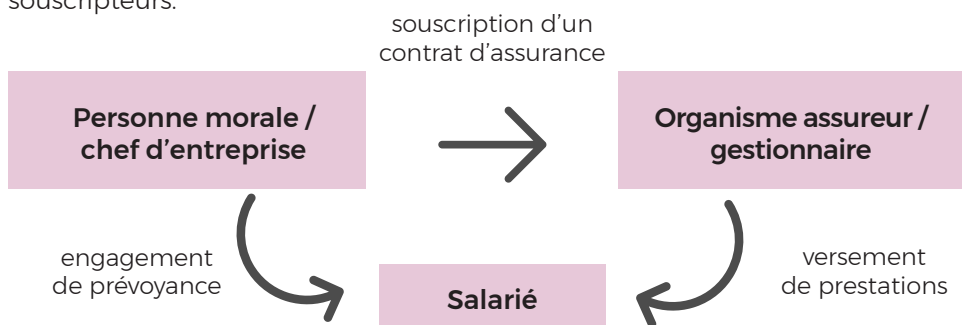
La commission

du suivi du régime : composition, missions.

11. Les documents contractuels

Le contrat d'assurance

Une fois le régime mis en place, via un accord collectif (convention collective ou accord collectif au niveau de la branche professionnelle, accord d'entreprise ou accord d'établissement), un référendum au sein de l'entreprise ou de l'établissement, ou encore une décision unilatérale de l'employeur, un contrat est passé entre l'organisme assureur et l'entreprise afin de formaliser les obligations des souscripteurs.



La notice d'information

Les articles L. 141-4 du Code des assurances pour les sociétés d'assurances, L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale pour les institutions de prévoyance, et L. 221-6 du Code de la mutualité pour les mutuelles, disposent que les organismes assureurs établissent une notice qui définit :

- les garanties souscrites par contrat ou par adhésion à un règlement.
- Leurs modalités d'entrée en vigueur.
- Les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.
- Le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

Cette notice doit être remise au souscripteur (employeur), lui-même tenu de la remettre à chaque salarié.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des salariés, l'organisme assureur est également tenu d'informer le souscripteur en lui remettant une notice établie à cet effet, qui doit être remise à chaque salarié.

L'employeur souscripteur doit être attentif à se ménager la preuve qu'il a bien remis aux salariés assurés la notice d'information, car c'est sur lui que pèse la charge de la preuve de cette remise.

Le Protocole Technique et Financier (PTF)

Ce protocole détermine l'ensemble des paramètres financiers qui s'applique à l'organisme assureur, tels que les règles d'ouverture et de clôture des provisions, le détail du calcul des provisions, les modalités d'établissement des comptes du régime, conditions de rémunérations financières...

12. La présentation des comptes du régime

L'article 15 de la loi Evin de 1989 dispose que lorsque des salariés d'une entreprise bénéficient, dans le cadre de celle-ci, de garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du Code de la Sécurité sociale, l'organisme assureur est tenu de fournir chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat dont le contenu est fixé par décret.

Ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent.

De plus, le décret N° 90-769 du 30 août 1990 prévoit que chaque année, l'organisme assureur doit fournir au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat qui doit mentionner :

- le montant des cotisations ou primes, brutes de réassurance.
- Le montant des prestations payées, brutes de réassurance.
- Le montant des provisions techniques brutes de réassurance, le 1^{er} 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.

Le rapport doit être présenté au chef d'entreprise deux mois après l'approbation des comptes, et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré, afin de pouvoir décider une éventuelle résiliation contractuelle, y compris à titre conservatoire, quand bien même elle ne sera pas forcément confirmée au 31 décembre de l'année en cours.

À leur demande, le chef d'entreprise est de son côté tenu de communiquer les comptes de résultats du régime au CE, ou à défaut aux délégués du personnel :

- Le compte par survenance

Prise en compte des événements en fonction de l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année N) de rattachement, indépendamment des règles comptables de rattachement à un exercice. Par exemple, *a contrario* d'un rattachement, d'un événement par année de survenance N, les règles comptables prévoient le rattachement en fonction des dates de facturation, même si l'événement est intervenu en N-1).

L'objectif et intérêt d'un compte par survenance est d'avoir une vision pluriannuelle du résultat, notamment pour les prestations dont le versement s'étale sur plusieurs exercices (rentes), indépendamment des règles comptables.

Concrètement, cela signifie que pour :

- **les cotisations** : les flux sont rattachés à leur exercice de référence.

Exemple : les cotisations encaissées en janvier 2020 au titre de l'année 2019, apparaîtront au compte de l'année 2019.

- **Les prestations et les provisions** : elles sont toujours affectées à l'exercice au cours duquel est survenu le sinistre correspondant, quelle que soit la durée de versement des prestations (même si elles s'étalent sur plusieurs exercices).

- **L'incapacité temporaire** : la date initiale de l'arrêt de travail est prise en compte et non l'année au cours duquel il a été porté à la connaissance de l'organisme assureur.

- **L'invalidité** : la date initiale de l'arrêt de travail sera retenue si elle fait suite à une incapacité temporaire, ou date de mise en invalidité dans le cas contraire (critère = reconnaissance Sécurité sociale).

- **Les décès** : c'est la date du décès qui sera retenue et non la date à laquelle elle aura été communiquée à l'organisme assureur.

- **Les rentes de conjoint et d'éducation** : c'est la date du décès du salarié qui sera prise en compte.

- Le compte comptable :

A contrario, dans un compte comptable, sont prises en compte les entrées et sorties de l'année N, quelle que soit la date de survenance des sinistres (N-1, N-2...).

Le compte comptable ne permet donc pas de savoir si une année N a présenté de bons ou mauvais résultats car il intègre les sinistres ouverts survenus au cours des exercices antérieurs.

Toutefois, c'est ce compte qui détermine le résultat comptable du régime, notamment la répartition des excédents (voir plus bas).

La différence entre les entrées (cotisations, intérêts financiers, reprises de provisions) et les sorties (prestations, constitutions de provisions) déterminent le résultat bénéficiaire ou déficitaire qui entre dans l'éventuel compte financier.

Ce résultat peut alimenter :

- une provision pour égalisation en prévoyance (article 39 quinquies GB du CGI = Maxi 75 %).

- Une réserve générale : au-delà des règles de la provision pour égalisation.

- Un fonds de revalorisation : fonds pour les éventuelles revalorisations futures.

- Un fonds d'action sociale dédié aux salariés au niveau des régimes de branches par exemple.

Quelles sont les provisions qui figurent au compte prévoyance ?

- **Les Provisions Mathématiques** (dites « PM ») : elles reposent sur les valeurs actuelles probables des engagements futurs pris par les organismes assureurs ; pour tous les risques pour lesquels l'assureur est susceptible de verser une rente pendant plusieurs années :

- **Décès** : rente éducation, rente de conjoint, maintien de la garantie décès.

- **Arrêt de travail** : indemnité journalière, rente invalidité.

À quoi sert cette provision mathématique ?

L'assureur doit estimer (provisionner), à chaque fin d'exercice, toutes les prestations à venir, nées d'un sinistre (décès ou arrêt de travail) survenu dans l'exercice.

Exemple : rente éducation payée pendant X années suite à un décès.

L'évaluation de cette charge future consiste en l'estimation de la durée de prestation en nombre d'années, en tenant compte des probabilités d'effectuer le versement.

Exemple : pour une incapacité de travail, va-t-elle se transformer ou non en invalidité permanente ?

La durée dépend de deux facteurs principaux : âge au moment du sinistre et durée dans l'arrêt.

- **Les Provisions pour Sinistres À Payer** (dites « PSAP ») : ce sont les provisions pour les sinistres nés et connus de l'organisme assureur (en cours d'instruction ou en attente de pièces manquantes).

- **Les Provisions pour Sinistres Inconnus** (dites « PSI ») : ce sont les provisions pour les sinistres nés mais non encore connus de l'organisme assureur (déclarations tardives probables, effet de la franchise...).

- **Les Provisions de gestion** : elles sont destinées à couvrir les charges de gestion futures. Elles sont généralement intégrées aux provisions mathématiques par application d'un coefficient de majoration (3 % par exemple).

- Le ratio sinistres/primes ou prestations/cotisations

C'est le rapport entre la charge de prestations (et provisions) et le montant des cotisations (nettes de taxes et de frais de gestion) de l'exercice qui permet de déterminer si le régime est à l'équilibre.

13. L'action sociale de votre organisme assureur

L'action sociale est l'un des éléments différenciant des offres proposées par les organismes assureurs.

Une action sociale est proposée par les mutuelles et les institutions de prévoyance conformément à leur objet social et au principe de non lucrativité.

Ce n'est pas le cas des compagnies d'assurances qui sont des sociétés lucratives visant à dégager des profits qui pourront être redistribués aux actionnaires. Dans certains cas, à titre de geste « commercial », celles-ci peuvent proposer d'abonder un budget, mais celui-ci est sans commune mesure avec les fonds mis à disposition des salariés par les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Conseils :

Concernant les institutions de prévoyance, en faisant votre choix d'organisme assureur, il est préférable de vérifier à quelle caisse de retraite est adhérente votre entreprise car les salariés pourront alors cumuler plusieurs financements d'action sociale possibles au titre de l'adhésion de votre entreprise :

- 1 - l'action sociale liée au contrat de frais de santé
- 2 - L'action sociale liée au contrat de prévoyance lourde
- 3 - L'action sociale liée au régime de retraite complémentaire, de loin la plus importante en moyens financiers, mais qui est rarement totalement utilisée car méconnue des salariés.

De plus, l'existence d'une action sociale de l'organisme complémentaire, institution de prévoyance ou mutuelle, doit figurer dans le cahier des charges et valorisée dans les réponses reçues (exemple : compter pour 5 - 15 % de l'évaluation globale en complément des tarifs proposés, des éléments financiers et de la qualité de la gestion).

Le cahier des charges pourra demander par exemple aux organismes assureurs candidats :

- le nombre de salariés affectés à temps plein à la gestion de l'action sociale.
- Le montant financier alloué à l'action sociale sur les 3 derniers exercices.
- Les modalités de recours à l'action sociale et la procédure.

Il faut tout prévoir, même ce qui n'arrive « qu'aux autres ».

La prévoyance, avec la santé, la retraite et l'épargne, est l'un de nos sujets essentiels au quotidien, depuis plus de 100 ans.

Notre mission, c'est d'anticiper et d'être aux côtés de nos assurés et de leurs bénéficiaires lorsqu'un événement grave survient :

- nous sommes là pour protéger les revenus en cas d'incapacité ou d'invalidité et verser un capital en cas de décès,
- et nous sommes là également pour les soutenir dans ces épreuves.

Aides psychologiques, aides pour les démarches administratives, site communautaire Aidons les nôtres... : nous accompagnons nos assurés en leur proposant une prise en charge complète, et surtout, personnalisée.

Notre responsabilité, c'est d'être présent à tous les moments, et tout au long de la vie. Seule une société de personnes comme AG2R LA MONDIALE, non cotée en bourse et dirigée par ses assurés, peut proposer une approche aussi complète pour protéger ses assurés.





Contact :

Union Générale des Ingénieurs Cadres
et Techniciens - 263, rue de Paris - Case 408
93516 Montreuil cedex
Téléphone : 01 55 82 83 40
ugictcgt.fr

Pour toutes demandes :
revendicatif@ugict.cgt.fr





**SANTÉ
PRÉVOYANCE
ÉPARGNE
SERVICES FINANCIERS
RETRAITE**

SE SAVOIR ENTOURÉ, ÇA CHANGE LA VIE

Parce que le Groupe APICIL protège les personnes, toutes les personnes, rien que les personnes, nous nous engageons au quotidien à accompagner chacun de vous dans tous vos projets, qu'ils soient personnels ou professionnels. Car nous savons que se savoir bien entouré est nécessaire pour avancer.
Et ça change la vie !

Le Groupe APICIL accompagne les branches professionnelles dans leur engagement au service de la protection sociale et de la santé des salariés.

groupe-apicil.com

APICIL Transverse – Association de moyens du Groupe APICIL, régie par la loi du 1er juillet 1901, enregistrée sous le n° SIREN 417 591 971, ayant son siège social au 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire.
GRESHAM Banque – Société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 8 997 634 € immatriculée au RCS de Paris sous le n° 341 911 576, établissement de Crédit N°14.120, dont le siège social est situé 20 rue de la Baume – CS 10020 – 75383 Paris CEDEX 08.
APICIL Asset Management Société anonyme au capital de 8 058 100 € enregistrée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n° 343 104 949, agréée en qualité de Société de Gestion de Portefeuilles par l'Autorité des Marchés Financiers sous le n°GP98038, et dont le siège social est situé 20 rue de la Baume, 75008 Paris.
Communication non contractuelle à caractère publicitaire – IN19/FCR001 – 01/2020. Photo : @shutterstock

 **GROUPE
APICIL**