

REGARDS CROISÉS

SUR LA PROTECTION SOCIALE



N° 66 - septembre 2016

Depuis le 1er janvier 2016, la complémentaire santé est censée être généralisée à tous les salariés par une couverture collective avec participation de l'employeur. Dans les faits, nombre de TPE et PME n'y ont pas encore souscrit. Les lenteurs dans la promulgation des textes réglementaires peuvent expliquer ce retard. La complexité de ce dispositif a certainement joué aussi un rôle important.

Au-delà de la prise en charge des frais de santé, le volet prévoyance collective relatif aux risques lourds (incapacité, invalidité, décès) se fait attendre.

Le présent numéro propose un focus sur cette problématique importante depuis la décision prise en 2013 par le Conseil constitutionnel qui rend quasi-impossible une réelle mutualisation des risques au niveau d'une branche professionnelle.

Dans son « rapport sur la solidarité et la protection sociale collective » établi à la demande de la ministre des Affaires Sociales et de la santé, Dominique Libault s'est attaché à évaluer l'impact potentiel de cette réforme en ce qui concerne tant l'organisation de la solidarité professionnelle et interprofessionnelle, que l'effectivité des droits et la tarification. Il préconise de prendre en compte la différence de

nature qui caractérise la couverture prévoyance en mettant en place une gestion mutualisée au niveau de la branche.

S'il est donc encore trop tôt pour tirer un bilan conclusif de cette réforme, les premiers éléments confirment toutefois les analyses faites dès 2015 et amènent à constater, en pratique, la difficulté à mettre en place une mutualisation efficiente.

La CFE-CGC, dans une lettre commune avec les quatre autres organisations syndicales (CGT, CFDT, FO, CFTC) a saisi le ministère des affaires sociales et de la santé : la position du Conseil constitutionnel laisse une ouverture en matière de prévoyance, domaine où la mutualisation est essentielle car il s'agit des risques les plus lourds : invalidité, décès et incapacité. Telle est la raison pour laquelle l'ensemble des organisations syndicales représentatives demande la réintroduction, dans ce domaine, de la possibilité légale d'une réelle mutualisation de ces risques.

SERGE LAVAGNA

CONTACTS :

Serge Lavagna
Secrétaire national
de la CFE-CGC
Protection sociale

Mireille Dispot
Expert protection sociale
mireille.dispot@cfecgc.fr
01 55 30 12 06

MAISON DE LA CFE-CGC

59 rue du Rocher 75008 Paris

+33 (0)1 55 30 12 12

+33 (0)1 55 30 13 13

www.cfecgc.org



GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET CENSURE DES « CLAUSES DE DÉSIGNATION »

L'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a prévu la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés à compter du 1er janvier 2016.

Cet accord a été transposé dans la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Lors de son examen par le Conseil constitutionnel, celui-ci a déclaré inconstitutionnelles les « clauses de désignation » prévues par la loi (qui ne faisaient que reprendre une pratique courante jusque-là).

Ces clauses de désignation consistent à autoriser les branches professionnelles, par accord entre les partenaires sociaux, à désigner un ou plusieurs organismes auprès desquelles les entreprises de la branche sont tenues de s'assurer. Ce dispositif permet de définir des garanties s'appliquant à un coût identique pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord et notamment

à assurer la protection des salariés des entreprises de taille modeste en mutualisant les risques.

Le Conseil constitutionnel a considéré que « ces clauses portaient à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques ».

Il s'ensuit que les « clauses de désignation » ont été supprimées de la législation et remplacées par des « clauses de recommandation ».

Ces « clauses de recommandation » n'ont plus aucun caractère obligatoire pour les entreprises ce qui posera inévitablement des problèmes s'agissant de la couverture des risques lourds comme l'incapacité, l'invalidité, le décès, qui supposent une large mutualisation pour être couverts à un taux de cotisation acceptable.

FOCUS SUR LES NOUVELLES « CLAUSES DE RECOMMANDATION »

Depuis le 1^{er} janvier 2014¹ les partenaires sociaux peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs dans le cadre d'une convention ou accord de branche. Un tarif unique et des garanties identiques doivent être appliqués.

LES « CLAUSES DE RECOMMANDATIONS » DOIVENT S'INSCRIRE DANS LA PROCÉDURE SUIVANTE

une mise en concurrence préalable

La recommandation doit être précédée d'une mise en concurrence des organismes assureurs dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement. Les modalités de cette mise en concurrence sont précisées par décret².

CONTENU DE L'AVIS D'APPEL À CONCURRENCE



- Diffusé dans une publication nationale habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée du secteur des assurances.
- Conditions de recevabilité des candidatures.
- Conditions d'éligibilité des candidatures.
- Critères dévaluation des offres.
- Nombre maximum d'organismes susceptibles d'être recommandés

CONTENU DU CAHIER DES CHARGES

- 1 Garanties et services attendues
- 2 Durée maximale de la cause de recommandation
- 3 Cotisations assiette et structure



- 4 Cotisations : condition de révision
- 5 Objectifs de sécurité et de qualité
- 6 Solidarité : organisation et financement
- 7 Obligations des assureurs : information / suivi du régime

1. Art 14 loi n°2013-1203 du 23/12/2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

2. Décret N° 2015-13 du 8/01/2015 relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale

LES CONFLITS D'INTÉRÊT

Une fois la liste des candidats éligibles arrêtée, toute situation de conflit d'intérêt de l'un des membres de la commission paritaire doit être déclarée sous huit jours. Le membre concerné ne peut pas participer aux délibérations et peut être éventuellement remplacé.

Quand apparaît la situation de conflit d'intérêts ? Lorsque l'un des membres de la commission paritaire exerce une activité salariée ou bien exerce ou a exercé, au cours des cinq dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes candidats ou du groupe auquel appartiennent ces organismes.

UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ ³

Le financement d'actions de solidarité

≥ 2 %

de la prime ou de la cotisation

Prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation pour les salariés en CDD et apprentis

Actions de prévention sur les risques professionnels ou sur les priorités de la politique de santé

Action sociale individuelle ou collective : aides et secours individuels, aide pour la perte d'autonomie

A SAVOIR

Les conventions ou accords collectifs doivent prévoir une clause fixant les conditions et la périodicité du réexamen de la recommandation. La périodicité ne doit pas excéder 5 ans. La procédure de mise en concurrence est applicable à ce réexamen.

Une entreprise n'est pas obligée de choisir parmi les organismes recommandés par la convention ou l'accord collectif de branche.

UN OUTIL CFE-CGC À LA DISPOSITION DES NÉGOCIATEURS DE BRANCHE

Pour faciliter la réflexion des branches, la CFE-CGC et les autres organisations syndicales ont élaboré en collaboration avec le cabinet d'Actuariat, organisation et protection sociale conseil (AOPS Conseil) :

- Une charte des régimes de protection sociale
- Un guide des bonnes pratiques

Une plaquette synthétisant ces recommandations a été diffusée en octobre 2015 par le secteur protection sociale

Si vous n'avez pas encore cet outil, vous pouvez le télécharger : [lien](#)

LE RAPPORT DE DOMINIQUE LIBAULT AVAIT ALERTÉ SUR LES EFFETS INDUITS PAR CETTE RÉFORME :

« Regards croisés sur la protection sociale » a présenté dans un précédent numéro, les grands axes du rapport déposé le 23 septembre 2015 par Dominique Libault missionné par la Ministre des affaires sociales.

Ce « rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective » s'attache à préciser les conséquences du tournant majeur intervenu dans ce domaine, notamment, par rapport à la censure des clauses de désignation. Il contient, par ailleurs, des recommandations visant à maintenir, voire, dans certains cas, renforcer la solidarité professionnelle en matière de protection sociale collective.

Neuf mois après la mise en œuvre de cette réforme, il importe de revenir sur certains aspects de ce rapport éclairant.

Selon Dominique Libault, depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés y compris dans les petites entreprises,

devraient bénéficier d'une complémentaire santé, payée à hauteur de 50 %, au moins, par l'employeur. Avec cette loi, « 4 millions de personnes assurées en contrat individuel devraient basculer dans un contrat collectif et 400.000 personnes accéder à l'assurance maladie complémentaire »

Qui sont les gagnants et les perdants ?

Les gagnants sont en nombre, mais avec une **protection bien souvent limitée**. Les dirigeants de certaines entreprises risquent d'opter pour le minimum réglementaire dit « le panier soins ANI », afin de payer le moins possible (aux alentours de 20 euros par mois et par salarié).

Les remboursements vont s'en ressentir sauf à souscrire des compléments de garantie - « sur complémentaires » - facturés seulement au salarié, sans participation de l'employeur, souvent au prix fort, puisque

s'adressant à une clientèle quasiment captive.

Il y aura aussi **des perdants** en raison de la nouvelle définition **des contrats responsables qui plafonnent certains remboursements**. Des millions de salariés couverts hier par des contrats aux frais réels vont subir une réduction de leurs garanties, notamment sur les dépassements d'honoraires et l'optique.

Autres perdants potentiels : **les familles**. Si la loi oblige à proposer une « mutuelle » aux salariés, elle n'impose rien pour les conjoints et les enfants. Des entreprises pourraient donc profiter de ce nouveau cadre réglementaire pour réduire l'étendue de leur couverture et exclure ces ayants droit, qui devront alors souscrire des contrats individuels ou se passer de complémentaire.

Il y a aussi les « **exclus de l'ANI** », principalement les salariés en CDD, ceux qui ont de multiples employeurs (employés à domicile, par exemple), les non-salariés, les fonctionnaires, les retraités, les chômeurs, les conjoints et les enfants, qui risquent d'être perdants à un autre titre : L'augmentation de la prime correspondant à leur contrat individuel. Les salariés actifs étant de petits consommateurs de soins, leurs cotisations ne permettront plus de compenser la consommation plus importante des autres populations.

Les frais de gestion (13 % pour les institutions de prévoyance, 23% pour les sociétés d'assurance) devraient aussi augmenter avec les coûts commerciaux pour séduire et fidéliser.

Enfin, faute de pouvoir mutualiser les risques à grande échelle, **les tarifs pourraient varier fortement, en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle...**

C'est **un problème majeur dans la prévoyance**, où le risque est lourd, car il faut verser des revenus de remplacement pendant des mois.

C'est la raison pour laquelle, parmi les 11 recommandations contenues dans ce rapport sur la complémentaire collective, figure une recommandation spécifique à la prévoyance, domaine qu'il est proposé de dissocier de la santé.

Selon le rapporteur « les problématiques de mutualisation pour les risques longs (incapacité, invalidité, décès) » qui relèvent de la prévoyance, justifient la possibilité de désigner un opérateur unique.

Cette désignation ne serait pas en contradiction avec la décision de censure du Conseil constitutionnel puisqu'elle est intervenue dans le domaine de la généralisation de la santé (et non de la prévoyance).

A l'inverse du risque maladie (santé), le secteur d'activité est un élément déterminant prépondérant pour le risque incapacité (prévoyance) devant les critères démographiques (âge, sexe).

D'après le rapport, « *une désignation en prévoyance constituerait une atteinte proportionnée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle au regard de l'objectif de couverture en prévoyance de l'ensemble des entreprises et salariés* ».

RÉOUVERTURE DU DÉBAT SUR LES « CLAUSES DE DÉSIGNATION » EN PERSPECTIVE DE LA GÉNÉRALISATION DE LA PRÉVOYANCE

Les organisations syndicales **CFE-CGC, CFTD, CFTC, FO et CGT ont fait front commun dans un courrier co-signé le 16 juin 2016 pour demander à Marisol Touraine**, ministre des affaires sociales et de la santé, la réintroduction des « Clauses de désignation » en prévoyance complémentaire décès, invalidité et incapacité.

Cette demande trouve son fondement sur l'inadaptation des « Clauses de recommandation » avec la notion de « *mutualisation efficiente qui est essentielle, en particulier, dans le cadre des risques les plus lourds.* »



RAPPEL DES PROCHAINS RENDEZ-VOUS DE LA CONFÉDÉRATION SUR LE SUJET DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ :

En partenariat avec AOPS conseil

- Matinées de formation pour les DSC : les 21 septembre et 20 octobre 2016
- Réunion du groupe de travail des référents fédéraux protection sociale : le 13 octobre 2016

