

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
Séance plénière du 16 mars 2011 à 9 h 30
« Inaptitude, incapacité, invalidité, pénibilité et retraite »

Document N°9
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

Les dispositifs de prévoyance complémentaire

Secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites

Les dispositifs de prévoyance complémentaire¹

La prévoyance complémentaire regroupe l'ensemble des dispositifs destinés à compléter les prestations servies par les régimes obligatoires de sécurité sociale pour couvrir des risques autres que la retraite, tels que notamment : le décès, l'incapacité, l'invalidité, la maternité et l'atteinte à l'intégrité physique.

On distingue souvent la prévoyance dite « lourde » (décès, incapacité, invalidité) caractérisée par des risques à coût élevé et à fréquence faible, des frais médicaux pour lesquels les risques ont un coût faible mais une fréquence élevée.

Bien qu'il existe des contrats individuels, ce document s'intéresse plus particulièrement à la prévoyance collective, dite « lourde », dans l'entreprise. Celle-ci ne couvre que les actifs dans la mesure où les garanties décès et incapacité disparaissent à la retraite².

Cette note décrit la réglementation existante et applicable dans le domaine de la prévoyance collective ainsi que les bases techniques et les limites actuelles de cette couverture complémentaire.

I. Les risques couverts en prévoyance collective

1) Le risque décès

La couverture de ce risque consiste à assurer le versement de prestations aux bénéficiaires désignés en cas de décès de l'assuré. Les prestations sont définies sous deux formes :

- les prestations en **capital** ;
- les prestations en **rente**.

a) Les garanties en capital

Elles correspondent à la définition d'un montant versé aux ayants droit de l'assuré sous forme d'un versement unique au moment de son décès.

Le régime de base de la sécurité sociale verse un capital relativement faible lors du décès d'un assuré (trois mois de salaire dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale³), ce qui peut l'inciter à avoir recours à des garanties complémentaires proposées par les assureurs dont le coût est cependant élevé compte tenu de la nature du risque.

¹ Pour rédiger cette note, nous nous sommes principalement inspiré du mémoire d'actuariat de Véronique Hauchard (2007), *La tarification en prévoyance collective – Application au risque décès*, EURIA. En particulier, les quatre premières parties de la note sont quasiment une reprise mot à mot de la première partie du mémoire. Par ailleurs, nous avons inclus un certain nombre d'éléments provenant de sources diverses, notamment des informations communiquées par la DSS, le rapport de l'IGAS (2006) ainsi que l'avis et la note du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2008) sur les prestations en espèces (**document n°4** du dossier).

² Il est à noter qu'en ce qui concerne les frais médicaux, l'assureur est tenu de proposer un contrat individuel à chaque salarié à la date de son départ à la retraite.

³ Soit un peu moins de 9 000 euros maximum en 2010.

Ces 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'enfants à charge.

Des garanties supplémentaires peuvent s'ajouter à ce capital. Parmi les plus courantes nous retiendrons :

- la majoration du capital de base en fonction des circonstances du décès, par exemple le doublement du capital décès toutes causes en cas de décès accidentel ;
- le versement par anticipation du capital décès en cas d'invalidité absolue et définitive (IAD) ;
- les garanties « pré-décès enfant » et « pré-décès conjoint » qui prévoient le versement d'un capital destiné à couvrir les frais d'obsèques en cas de décès du conjoint ou d'un enfant, antérieur à celui de l'assuré ;
- la garantie « double effet » permettant le versement d'un deuxième capital lors du décès simultané ou postérieur du conjoint de l'assuré alors qu'il a encore des enfants à charge.

b) Les garanties en rentes

Elles correspondent à des 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.

- Les **rentes de conjoint**, destinées au conjoint survivant de l'assuré, peuvent être versées en plus ou en remplacement du capital décès, de façon viagère ou temporaire.

La rente de conjoint temporaire a pour but de compenser la perte de revenu entre le moment du décès de l'assuré et le moment auquel le conjoint pourra prétendre à la réversion des régimes de retraite complémentaires ARRCO et AGIRC. Elle est généralement exprimée en fonction du salaire de base de l'assuré et d'un pourcentage de la différence entre l'âge de l'assuré au décès (noté x) et 25 ans (âge par défaut de début d'activité).

La rente viagère doit compenser la perte des droits de retraite qu'aurait acquis l'assuré entre le moment de son décès et son départ en retraite. Elle est généralement exprimée en fonction du salaire de base de l'assuré et d'un pourcentage de la différence entre l'âge de la retraite (65 ans) et l'âge de l'assuré au décès (noté x).

- Les **rentes d'éducation** sont versées temporairement⁴ 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.

⁴ La rente est généralement versée de manière viagère aux enfants handicapés.

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.

2) Le risque arrêt de travail

Il regroupe l'incapacité de travail et l'invalidité. Les garanties arrêt de travail sont également assorties d'une garantie annexe appelée « maintien des garanties décès aux personnes en arrêt de travail ». Ces trois notions sont définies ci-dessous.

a) L'incapacité de travail

Le Code de la sécurité sociale prévoit le versement de prestations appelées « indemnités journalières » (IJ) dans le cas d'une « incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail » (art. L.321-1). Cet état a, au sens de la sécurité sociale, une durée maximale de 3 ans (incapacité temporaire).

Les prestations versées par le régime général après trois jours de carence sont plafonnées à 50 % de la tranche A du salaire, c'est-à-dire le salaire limité au plafond mensuel de la sécurité sociale. La limitation de ces prestations peut ainsi entraîner une baisse de revenu très importante pour le salarié en arrêt de travail et l'inciter, malgré leur coût, à avoir recours à des garanties complémentaires proposées par des assureurs.

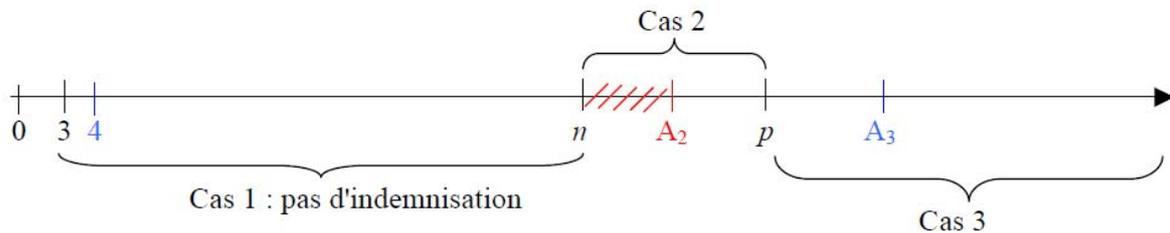
Ces garanties prévoient le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime général. Leur niveau est défini en pourcentage du salaire et leur versement est généralement assorti d'une période de *franchise*. La franchise correspond à un laps de temps institué contractuellement par l'assureur entre la survenance du risque (date d'arrêt de travail) et le premier jour d'indemnisation. Elle peut être de différents types :

- la *franchise continue* (dite *classique*) correspond à un nombre de jours au-delà duquel l'assureur verse la prestation. Par exemple, la franchise sécurité sociale, appelée délai de carence, est de 3 jours. Le délai d'intervention du contrat est comptabilisé distinctement par arrêt de travail ;
- la *franchise discontinue* est le nombre de jours d'arrêt de travail consécutifs ou non sur une période donnée (par exemple une année civile) après lesquels la garantie commence à être payée. Le délai d'intervention du contrat est alors comptabilisé en sommant les durées de toutes les périodes d'arrêt de travail sur l'exercice ;
- la *franchise relative* est définie par une *durée* (n jours) et un *seuil de retour* à 3 jours (p jours par exemple). Trois cas de figure se présentent :

Cas 1 : si l'arrêt $A1$ est inférieur à la durée de franchise ($A1 < n$), l'assuré n'est pas indemnisé ;

Cas 2 : si l'arrêt $A2$ est supérieur à la durée de franchise mais inférieur au seuil de retour à trois jours ($n < A2 < p$), l'assuré est indemnisé pour la période au-delà de la durée de franchise, soit une durée d'indemnisation de $(A2-n)$ jours ;

Cas 3 : si l'arrêt A_3 est supérieur au seuil de retour à 3 jours ($arrêt > p$), l'assuré est indemnisé rétroactivement à partir du 4^{ème} jour, soit une durée d'indemnisation de $(A_3 - 4)$ jours.



Remarque : le seuil de 3 jours est le seuil de carence de la sécurité sociale. Les assureurs respectent généralement ce délai et seules certaines conventions collectives prévoient le paiement de ces trois premiers jours. L'introduction de cette carence permet de limiter le risque de hasard moral, phénomène par lequel les personnes changent de comportement vis à vis du risque dès lors qu'elles sont couvertes par un contrat d'assurance. Dans le cas de l'arrêt de travail, une franchise nulle pourrait par exemple ôter toute hésitation d'un assuré à recourir à un arrêt de complaisance.

- la franchise en relais d'une Convention collective nationale signifie que les garanties sont servies en relais des garanties de mensualisation de la convention collective dont dépend l'assuré. En effet, l'article 5 du nouvel accord national de mensualisation (ANI 11 janvier 2008 étendu par arrêté) a pour objet d'imposer à l'entreprise le maintien du salaire en cas de maladie ou d'accident sous certaines conditions (ancienneté > 1 an) et sous déduction des indemnités journalières de la sécurité sociale.

L'introduction d'une franchise permet de limiter l'antisélection, phénomène par lequel un assuré décide de prendre une couverture complémentaire au moment où il sait qu'il va avoir à engager des frais.

Le niveau des prestations complémentaires varie généralement entre 75 % et 85 à 90 % du salaire brut y compris indemnités sécurité sociale. Du fait des règles particulières d'assujettissement aux charges sociales appliquées aux indemnités journalières, le complément des prestations sécurité sociale à hauteur de 85 à 90 % du salaire brut correspond à un maintien à 100 % du salaire net d'activité.

b) L'invalidité

Elle est également appelée incapacité permanente totale ou partielle (IPP). La sécurité sociale considère que l'état d'invalidité est la consolidation de l'état d'incapacité (art. L.341-3) et que celle-ci peut intervenir au plus tard au bout de trois ans. Elle a de plus défini, dans l'article L.341-4, trois catégories d'invalides déterminant le niveau de la pension :

- les invalides de 1^{ère} catégorie sont capables d'exercer une activité rémunérée, sous-entendu que cette activité ne leur procure pas une rémunération supérieure au tiers de la rémunération normale ;
- les invalides de 2^{ème} catégorie sont dans l'impossibilité absolue et définitive (IAD) d'exercer toute activité professionnelle ;

- les invalides de 3^{ème} catégorie sont dans l'impossibilité absolue et définitive (IAD) d'exercer toute activité professionnelle et ont l'obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La couverture assurée par la sécurité sociale est limitée : le niveau de la rente versée aux invalides est au maximum égal à 30 % du traitement de base pour les invalides de 1^{ère} catégorie (traitement de base annuel moyen limité à la tranche A calculé sur les 10 meilleures années) et 50 % pour les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégories. Les invalides de 3^{ème} catégorie bénéficient également d'une majoration pour tierce personne. Le recours à une couverture complémentaire pour ce risque est donc souvent nécessaire voire indispensable pour un salarié dont le salaire est supérieur au plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les prestations complémentaires sont généralement exprimées en pourcentage du salaire et dépendent de la catégorie d'invalidité définie par la sécurité sociale. Les contrats prévoient en moyenne un maintien du salaire brut à hauteur de 50 % pour les invalides de 1^{ère} catégorie et 75 % pour les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.

c) Le maintien des garanties décès

Le maintien des garanties décès est une prestation annexe à la garantie arrêt de travail. La loi de juillet 2001⁵ l'a rendue obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2002 pour tous les contrats en cours à cette date et les contrats souscrits postérieurement à cette date. Elle consiste à maintenir la couverture décès pour toute personne en incapacité de travail ou en invalidité tout en l'exonérant du paiement des cotisations relatives à ces garanties.

On peut ainsi résumer les différentes garanties et prestations de la prévoyance selon la classification suivante :

RISQUE	DECES ET ARRET DE TRAVAIL			
	EVENEMENT	Décès	Arrêt de travail	
			Temporaire	Définitif
		Partiel		Total
GARANTIES	Décès (toutes causes, accidentel...)	Incapacité	Invalidité	
PRESTATIONS	* Capital * Rente temporaire (éducation, conjoint) * Rente viagère (conjoint)	Indemnités journalières	Rente	Capital Rente
BENEFICIAIRE	* Ayants-droit ou tiers désignés * Enfants * Conjoint	Assuré	Assuré	Assuré

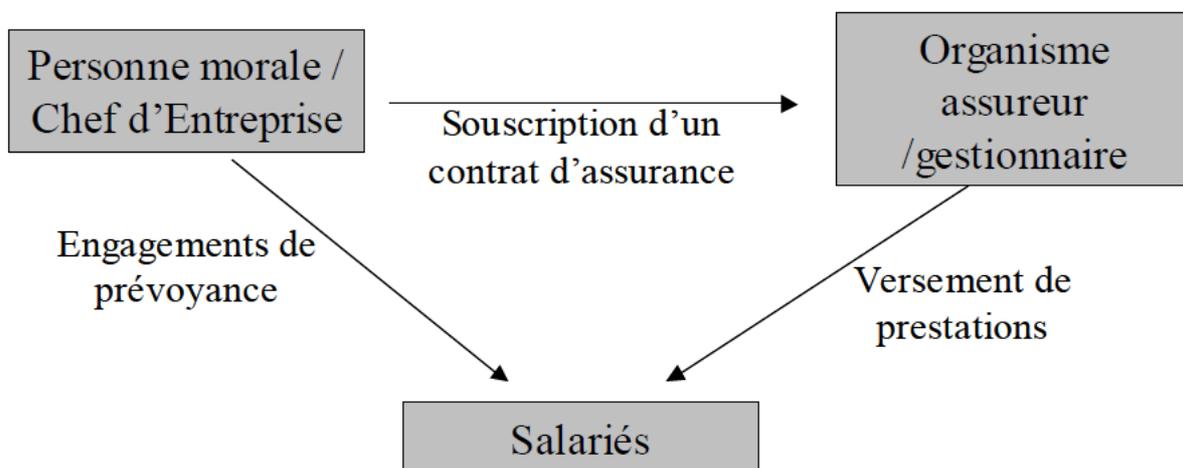
⁵ Loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel (DDOSEC).

II. Les bases réglementaires de la prévoyance collective

La prévoyance collective consiste à couvrir un groupe d'assuré pour un ou plusieurs des risques définis ci-dessus. Les contrats de prévoyance collective entrent ainsi dans le cadre des assurances de groupe qui font l'objet du titre IV du Code des assurances.

Elles sont définies par l'article L 141-1 comme étant un « contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage. Les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur ».

On peut ainsi résumer la définition ci-dessus par le schéma suivant :



Les textes réglementaires applicables dans cette relation tripartite dépendent notamment du type de contrat souscrit par l'entreprise.

1) Contrats obligatoires/facultatifs

Un contrat d'assurance de groupe est souscrit pour une catégorie de personnes clairement définies. Ce contrat est dit :

- **obligatoire** si toutes les personnes du groupe doivent adhérer obligatoirement au contrat ;
- **facultatif** (ou « groupe ouvert ») si l'adhésion est laissée au choix de chaque assuré potentiel.

Dans le cadre des contrats obligatoires, chaque adhérent a peu de recours vis-à-vis de l'organisme assureur, l'interlocuteur de l'assureur étant l'entreprise ou le groupe assuré. Ces régimes sont également appelés « régimes d'entreprise » puisqu'ils sont souscrits en grande majorité par une entreprise souhaitant faire bénéficier ses salariés d'un cadre protecteur.

Ces régimes restent relativement contraignants pour l'employeur et l'assureur car ce schéma tripartite implique la superposition de trois corps de règles :

- le droit commun des relations du travail (droit des accords d'entreprises, droit du travail en général) ;
- le droit commun des assurances de personnes (droit du contrat, droit des organismes d'assurances) ;
- le droit spécifique de la prévoyance collective (loi Évin du 31 décembre 1989, loi du 8 août 1994, loi du 17 juillet 2001, loi Fillon du 21 août 2003).

Cependant, ils bénéficient en contrepartie d'avantages fiscaux et sociaux pour le salarié et pour l'employeur.

Pour les régimes facultatifs, la gestion technique n'est pas différente de celle des contrats obligatoires mais les contraintes sont moins lourdes pour l'assuré, car il n'a pas, en principe, d'obligation qui lui est faite de cotiser au régime. Cependant, il ne bénéficie pas des avantages fiscaux et sociaux accordés aux régimes obligatoires.

Dans la suite, nous nous intéresserons plus particulièrement aux contrats obligatoires. Les règles instituées par les principaux textes juridiques régissant ces régimes sont reprises ci-dessous.

2) Les obligations minimales de l'entreprise

En matière de prévoyance collective, les entreprises sont contraintes d'assurer à leurs salariés une couverture minimale. Ces obligations sont instituées par des accords interprofessionnels et des accords de branche.

a) Accords interprofessionnels

L'accord de mensualisation du 10/12/1977 a introduit l'obligation de maintien du salaire par l'employeur (à compter du 11^{ème} jour d'absence) en cas d'arrêt pour cause de maladie ou d'accident pour les salariés justifiant une ancienneté de 3 ans dans l'entreprise. Les dispositions de cet accord ont été reprises dans la loi du 19 janvier 1978 (dite de « mensualisation ») en posant le principe selon lequel l'employeur doit compléter les indemnités journalières pour tout salarié ayant au moins 3 ans d'ancienneté à hauteur de 90 % du salaire brut pendant les 30 premiers jours (après délai de carence de 10 jours) et 66 % pendant les 30 jours suivants⁶. Cette loi a ouvert la porte au développement de couvertures complémentaires puisque le dispositif légal comporte un délai de carence important pour une indemnisation qui baisse vite (66 %) et une durée limitée.

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 :

- modifie en son article 5 l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, dont les dispositions ont été reprises dans la loi du 19 janvier 1978 : tous les salariés ayant un an d'ancienneté dans une entreprise bénéficient, en cas d'incapacité de travail, d'un maintien de leur salaire pendant 60 jours (30 jours à hauteur de 90 % puis 30 jours à 66 %) à l'issue d'un délai de carence de 7 jours ;

⁶ Les durées d'indemnisation sont augmentées de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté.

- instaure en son article 14 le maintien des garanties prévoyance pendant les périodes de chômage (dispositif dit « de portabilité »). Les salariés dont le contrat de travail est rompu (quel que soit le motif de rupture, à l'exception du licenciement pour faute lourde) conservent leurs garanties prévoyance (incapacité de travail, invalidité et décès) et frais de santé pendant une période de 1 à 9 mois maximum (suivant leur ancienneté dans l'entreprise). Le salarié qui ne souhaite pas bénéficier de ce dispositif doit y renoncer dans les 10 jours suivant la fin de son contrat de travail. Le financement du dispositif est assuré soit conjointement par l'employeur et l'ancien salarié dans les mêmes conditions qu'avant la rupture (il est possible de demander à l'ancien salarié de verser les 9 mois de cotisation au moment de la fin du contrat), soit par la mutualisation (les actifs cotisent pour les anciens salariés).

b) Accords de branche et conventions collectives

Une convention collective est un accord relatif aux conditions de travail et aux garanties sociales signé entre les représentants des salariés et les organisations patronales.

Elle résulte de la négociation entre les syndicats de salariés et d'employeurs et peut être signée :

- au niveau de l'entreprise : la convention ne concerne que les salariés de cette entreprise ;
- au niveau d'une branche professionnelle (par exemple la banque, les journalistes...) ;
- au niveau départemental, régional ou national.

On peut ainsi distinguer les conventions selon leur nature :

- *étendue*, elle a valeur de loi et est alors opposable à toutes les entreprises ;
- *non étendue*, elle n'est alors opposable qu'aux parties signataires.

Une convention collective peut être à l'origine de la création d'un régime de prévoyance. En matière de couverture sociale, elle peut instituer des obligations de natures différentes pour les entreprises :

- obligation d'offrir un niveau de couverture déterminé (obligation de résultats). Par exemple, dans le cas d'une convention collective nationale de la banque ;
- obligation de souscrire un régime donné auprès d'un assureur donné : clause de désignation (négociation obligatoire tous les 5 ans). Exemple : le secteur pharmaceutique ;
- obligation de cotiser un minimum au titre de la couverture sociale des salariés (obligation de moyens).

Dans tous les cas, une convention collective ne peut déroger au droit du travail et les couvertures qu'elle prévoit ne peuvent pas être inférieures à celles fixées par l'accord de mutualisation et la convention collective nationale des cadres.

Pour le collège des salariés cadres, l'article 7 de la Convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 institue l'obligation pour l'entreprise de verser une cotisation minimum de 1,50 % sur la tranche A du salaire à sa charge exclusive et affectée en priorité à la couverture du risque décès. À l'inverse des autres garanties de prévoyance complémentaire, cette garantie décès des cadres présente donc un caractère obligatoire. Si celle-ci fait défaut, l'employeur est redevable en cas de décès d'un capital minimum de 3 plafonds annuels de la sécurité sociale. Il est à noter qu'il n'existe pas de disposition équivalente pour les non-cadres.

Dans les faits, la cotisation résultant de cette obligation, d'un montant relativement élevé (environ 500 euros par an), permet d'offrir aujourd'hui aux cadres d'autres garanties qu'un capital décès : elle couvre également le plus souvent le risque d'incapacité.

En effet l'article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres n'a pas été modifié depuis 1947. Or, l'amélioration de l'espérance de vie au cours des 60 dernières années a été spectaculaire et la diminution de la mortalité des cadres a permis d'introduire d'autres garanties. Le taux de cotisation de 1,5 % avait dû être calibré pour permettre le versement lors du décès du salarié d'un montant égal à 3 fois le plafond annuel de la sécurité sociale⁷. Aujourd'hui, cette cotisation pourrait permettre de financer le versement d'un équivalent à 7 à 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

3) Le droit spécifique de la prévoyance collective

a) La loi Évin du 31 décembre 1989

La loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Évin) renforce les garanties offertes aux personnes assurées. Elle précise les conditions de la couverture collective des risques de « *décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité* » en interdisant notamment le recours à l'auto assurance (article 1).

La mise en place d'un régime de prévoyance obligatoire dans une entreprise peut être effectuée par le biais d'une convention collective, d'un référendum ou d'une décision unilatérale⁸. Cependant, dans ce dernier cas, il est impossible de contraindre un salarié présent dans l'entreprise antérieurement à la mise en place du régime de cotiser contre son gré (article 11).

Les relations avec les salariés sont réglementées ; la loi prévoit ainsi :

⁷ La convention collective prévoit que « *les employeurs qui, lors du décès d'un participant, ne justifient pas avoir souscrit un contrat comportant le versement de la cotisation visée au premier paragraphe, sont tenus de verser aux ayants droit du cadre ou du VRP décédé une somme égale à trois fois le plafond annuel de la sécurité sociale* ».

⁸ L'accord collectif est comparable dans ses modalités et effets, à ce qu'il est pour d'autres aspects de la relation de travail : il est négocié et signé avec les délégués syndicaux, il s'impose à tous les salariés et il ne peut être modifié que par un texte de même type. L'accord référendaire est soumis au vote de tous les salariés : il nécessite un certain formalisme (élections avec information préalable, bureau de vote, dépouillement organisé), il s'impose à tous les salariés et ne peut être modifié que par un texte de même type ou un accord collectif. La décision unilatérale de l'employeur est très souvent utilisée par les petites entreprises, mais elle nécessite également un certain formalisme (elle doit être matérialisée par un écrit remis à chaque salarié) et elle ne peut en aucun cas imposer un précompte salarial de cotisation, chaque salarié étant libre de refuser celui-ci lors de la mise en place.

- l'information et consultation du comité d'entreprise préalablement à la mise en place d'une couverture et/ou de sa modification ;
- dans le cadre des régimes obligatoires, la possibilité pour le comité d'entreprise ou les délégués du personnel de demander au chef d'entreprise de présenter chaque année un rapport sur les comptes établi par l'assureur ;
- la remise à chaque adhérent par le souscripteur d'une notice d'information détaillée et l'information préalable par écrit de toute réduction des couvertures (article 12).

De plus, l'assureur est soumis à certaines contraintes en termes de souscription et d'information :

- pour les régimes obligatoires, la sélection à l'entrée se fait sur la base du groupe : l'assureur doit accepter ou refuser d'assurer le groupe sans exclusions individuelles possibles même s'il y a déjà des prestations en service ou si certains des ayants droit présentent des antériorités défavorables (article 2) ;
- il est « *tenu de fournir chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat* ». Ce rapport doit être remis 2 mois au plus après l'approbation des comptes et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice (décret n° 90-769 du 30 août 1990).

Enfin, les conséquences de la résiliation du contrat ou de la sortie du groupe assuré sont également encadrées :

- dans le cadre des contrats groupe obligatoires couvrant les frais de santé (occasionnés par une maladie, la maternité ou un accident) : obligation de prévoir les modalités et les conditions tarifaires dans lesquelles sont couverts les anciens salariés : incapables et invalides, retraités, licenciés, ayants droit d'un assuré décédé (12 mois au minimum pour cette dernière catégorie). Le tarif de ce nouveau contrat ne pouvant excéder de plus de 50 % les tarifs du contrat obligatoire (article 4) ;
- dans le cadre des contrats groupe obligatoires couvrant les autres risques (décès, arrêt de travail) : obligation de prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles la couverture peut être maintenue, sans condition de période probatoire, ni examens médicaux, aux anciens assurés en faisant la demande dans les délais de préavis prévus au contrat (article 5). Ces conditions de maintien ne prévoient pas de contrainte tarifaire pour l'assureur ;
- la résiliation est « *sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant* » l'exécution du contrat. Le versement des prestations en cours de service au moment de la résiliation (rentes de conjoint, indemnités journalières, ...) doit être maintenu au niveau atteint par l'assureur (article 7), sur qui il ne pèse pas d'obligation de revalorisation future de ces prestations. Cet engagement doit être couvert à tout moment par des provisions.

En relevant, l'âge légal de départ à la retraite, la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 contraint les organismes assureurs à verser des prestations (invalidité - incapacité) pendant deux ans supplémentaires, le passage en retraite ne se faisant plus à 60

mais à 62 ans, pour les générations nées après 1956, qui représentent $\frac{3}{4}$ des assurés bénéficiant de prestations incapacité de travail - invalidité dans le portefeuille des assureurs.

Par ailleurs, la réforme des retraites de 2010 entraîne également pour les assureurs une augmentation du nombre de bénéficiaires potentiels de prestations complémentaires de prévoyance, et du volume de ces prestations. En effet, les salariés en arrêt de travail à 59 ans qui auraient « basculé » en retraite dans le cadre du régime en vigueur avant la réforme, pourront bénéficier d'indemnités journalières complémentaires pendant 3 ans maximum, et/ou être classés en invalidité au-delà de 60 ans, et percevoir à ce titre une rente.

Afin d'éviter que les assureurs répercutent trop brutalement les conséquences de cette réforme sur les entreprises (hausse significative des cotisations ou baisse sensible de la qualité des couvertures), la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 autorise, en son article 26, les organismes assureurs à répartir sur une période de 6 ans les obligations de provisionnement supplémentaire induites par le relèvement de l'âge de départ en retraite des salariés, qui allonge la durée de versement des prestations complémentaires qui leur sont dues en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès.

b) La loi du 8 août 1994

Cette loi prévoit :

- des dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés ;
- des dispositions relatives aux institutions de retraite et de prévoyance (transposition des 3^{èmes} directives européennes pour les institutions de prévoyance).

Elle a inséré dans le Code de la sécurité sociale l'article L.912-1, qui détermine les modalités et la périodicité de réexamen du choix de l'organisme assureur, (« *La périodicité de réexamen ne peut excéder cinq ans* ») lorsque les partenaires sociaux optent pour la désignation d'un ou plusieurs organismes assureurs chargés de la gestion du régime de prévoyance, auxquels sont alors tenues d'adhérer obligatoirement les entreprises.

Par ailleurs, en cas de changement d'assureur, l'entreprise souscriptrice est chargée d'organiser :

- la revalorisation des prestations en cours de service lors du changement (maintien à niveau atteint prévu par la loi Évin) ;
- le maintien des garanties décès aux personnes en arrêt de travail au moment du changement d'assureur. Ce dernier point a été précisé par la loi du 17 juillet 2001.

c) La loi du 17 juillet 2001

L'article 7 de la loi Évin (31 décembre 1989) précise que « *la résiliation ou le non renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution* ».

Cependant, la nature des prestations visées par l'article n'était pas précisée, laissant un doute sur le maintien des garanties décès. La loi du 17 juillet 2001 a complété et précisé la loi Évin en rendant obligatoire, dans les contrats collectifs, le maintien des garanties décès aux personnes en arrêt de travail.

Ainsi, depuis le 01/01/2002, l'assureur est dans l'obligation de maintenir les garanties décès des contrats collectifs aux personnes en arrêt de travail même en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat. Cet engagement doit faire l'objet d'un provisionnement.

Pour les contrats en cours au 31/12/2001, l'assureur a cependant la possibilité d'étaler la charge de provisionnement sur 10 ans selon une répartition au moins linéaire, les modalités ayant du être fixées par avenant au contrat collectif avant le 30/09/2002.

En conséquence, en cas de changement d'assureur suite à une résiliation ou un non renouvellement, deux possibilités existent :

- soit les garanties sont maintenues par l'ancien assureur contre versement par le souscripteur d'une « prime de résiliation » destinée à couvrir la charge de provisionnement restant à constituer ;
- soit les engagements sont repris par le nouvel assureur avec transfert des provisions déjà constituées par l'ancien assureur. Il convient de souligner que lorsqu'un assureur distinct de l'assureur décès couvre le risque incapacité - invalidité, c'est à l'assureur décès de constituer les provisions ce qui pose le problème de la connaissance, par l'assureur décès, des sinistres arrêt de travail en cours.

4) Les avantages fiscaux et sociaux des contrats obligatoires

Les régimes obligatoires permettent aux entreprises et aux salariés de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux.

a) Avantages fiscaux

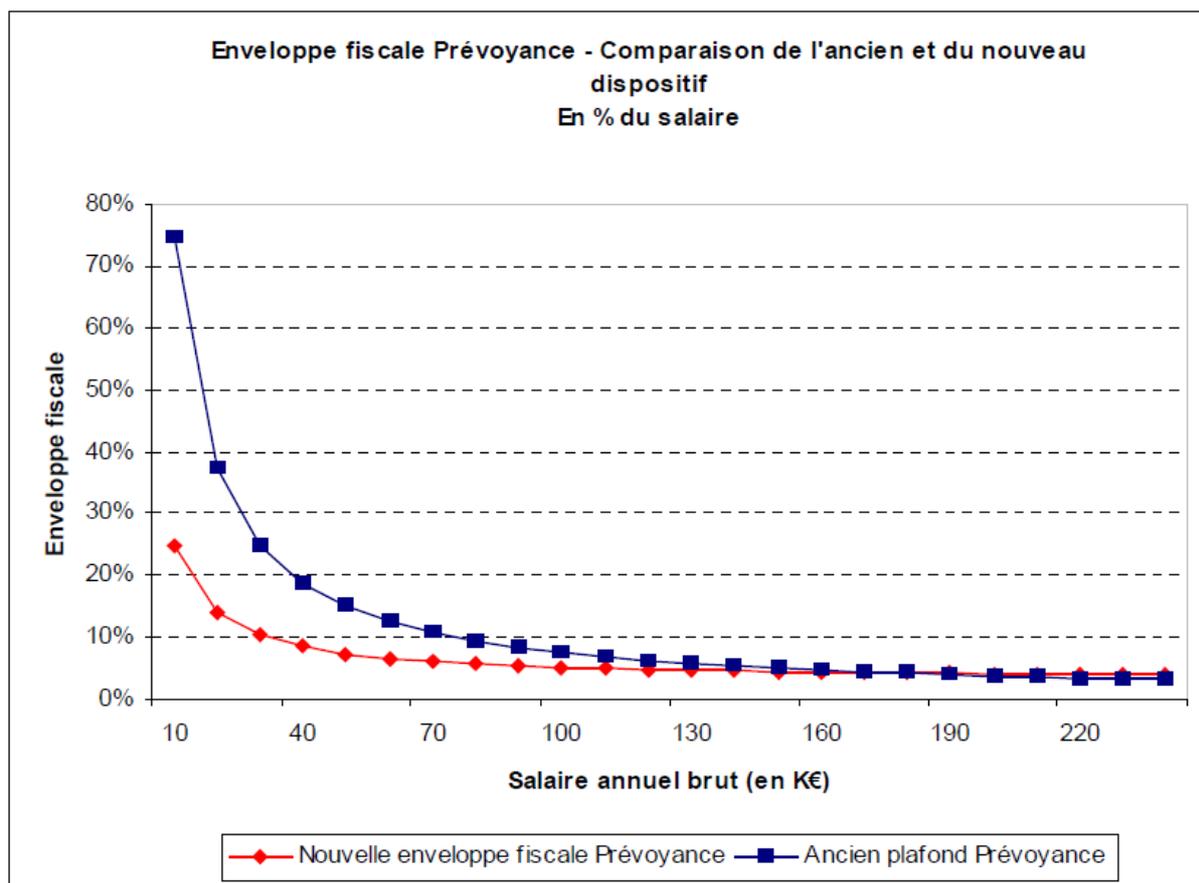
Des avantages fiscaux sont accordés aux salariés dans le cadre des régimes de prévoyance obligatoires par l'article 83 du Code général des impôts modifié par l'article 111 de la loi du 21 août 2003 (dite loi Fillon).

Les cotisations versées à ces régimes (part patronale et salariale) sont ainsi déductibles du montant du revenu imposable dans la limite d'un plafond appelé « disponible fiscal » fixé à :

$$\boxed{\text{Disponible fiscal prévoyance} = \text{Min} (7 \% \text{ PASS}_n + 3 \% \text{ SB}_n ; 3 \% \times 8 \text{ PASS}_n)}$$

où :

- PASS_n est la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale de l'année n ;
- SB_n est le montant du salaire annuel brut de l'année n .



Cette déductibilité est cependant soumise à des conditions propres au régime prévoyance :

- collectif, c'est-à-dire applicable à une catégorie de salariés objectivement définie ;
- à caractère obligatoire de l'adhésion des membres de la catégorie ;
- le taux de cotisation doit être uniforme pour tous (à l'intérieur d'une catégorie) ;
- l'employeur doit participer de façon significative au financement du régime ;
- mise en place du régime par un texte de loi, une convention collective ou un accord collectif de travail.

Les cotisations versées par l'entreprise sont également déductibles des bénéfices imposables car elles constituent une charge pour l'entreprise (élément de rémunération du bénéficiaire).

Cependant, les contributions des employeurs aux régimes de prévoyance mis en place au bénéfice de leurs salariés sont soumises à une taxe de 8 % à la charge de l'employeur (article L.137-1 du Code de la sécurité sociale).

b) Avantages sociaux

Les avantages sociaux accordés aux régimes de prévoyance complémentaires consistent à exclure de l'assiette de calcul des charges sociales le montant de cotisation pris en charge par l'employeur (article L.242-1 du Code de la sécurité sociale).

Ces exonérations ne concernent plus que les régimes complémentaires collectifs et obligatoires, depuis l'article 113 de la loi Fillon. Ces régimes doivent par ailleurs impérativement :

- avoir été mis en place selon l'une des modalités définies à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, référendum, ou décision unilatérale),
- faire l'objet d'un contrat d'assurance, souscrit auprès d'une entreprise d'assurance, d'une institution de prévoyance ou d'une mutuelle,
- ne pas se substituer à un autre élément de rémunération, à moins qu'un délai de 12 mois soit respecté.

Ces conditions cumulatives sont précisées dans la circulaire de la direction de la sécurité sociale du 30 janvier 2009.

Les contributions des employeurs sont exonérées de cotisations sociales pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme :

- de 6 % du plafond de sécurité sociale ;
- et de 1,5 % de la rémunération brute du salarié,

ce total ne pouvant excéder 12 % du plafond annuel de sécurité sociale.

Elles sont en revanche assujetties à la CSG et à la CRDS, après abattement d'assiette de 3 %, et à une taxe spécifique de 8 % sur les contributions de prévoyance complémentaire (article L.137-1 du code de la sécurité sociale).

III. Le marché de la prévoyance collective

1) Les organismes intervenant en prévoyance collective

On distingue l'organisme de base (la sécurité sociale) des organismes complémentaires. Trois types d'organismes complémentaires interviennent sur le marché de la prévoyance collective : les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance et les mutuelles.

a) Les sociétés d'assurance

Elles sont régies par le Code des assurances et peuvent prendre différentes formes juridiques : société anonyme, société d'assurance mutuelle ou société mutuelle d'assurance. Leur particularité est d'être le seul intervenant à but lucratif du marché de la prévoyance, elles sont donc soumises au contrôle du ministère des finances.

Elles doivent obéir à des règles très strictes en matière de marge de solvabilité et la commission de contrôle des assurances garantit le respect de ces normes visant à protéger les assurés.

b) Les institutions de prévoyance

Apparues à la fin de la seconde guerre mondiale en même temps que la sécurité sociale, elles sont chargées, d'après le Code de la sécurité sociale qui les régit, de compléter le régime légal de sécurité sociale. Ce sont des organismes à but non lucratif ayant une gestion paritaire c'est-à-dire qu'elles sont administrées par des représentants des salariés et des représentants des employeurs en nombre égal.

c) Les mutuelles

Elles sont régies par le Code de la mutualité qui les définit dans l'article L.111-1 comme des « groupements à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide (...) ». Sur le plan juridique, les mutuelles sont des associations.

La répartition du financement des prestations de prévoyance lourde (décès – incapacité – invalidité – dépendance) versées en 2005⁹ entre les organismes de base et les organismes complémentaires est reprise dans le tableau ci-après :

Prestations versées au titre de la prévoyance en 2005		
Décès, Incapacité, Invalidité, Dépendance		
	Montant en Milliards d'euros	Pourcentage (%)
Organisme de base	19,0	59.2
Organismes complémentaires:	13,1	40.8
* Sociétés d'assurance	8,3	25.9
* Autres organismes	4,8	15.0
Charges des ménages	-	-
Ensemble	32,1	100.00

Les « autres organismes » correspondent aux mutuelles et aux institutions de prévoyance. Ainsi, les sociétés d'assurance gardent une place prépondérante, en termes de volume de prestations, sur le marché de la prévoyance lourde (collective et individuelle).

2) Les garanties usuelles

Les niveaux de garantie usuels des contrats de prévoyance collective souscrits par les grandes entreprises sont repris ci-après pour chaque risque.

a) Risque décès

Le montant du capital décès assuré représente généralement une à 3 fois le salaire annuel pour un célibataire, les niveaux peuvent cependant varier en fonction du collège de

⁹ FFSA, *Données clés 2005 – Assurance de personnes*.

salariés (cadres/non cadres). Les rentes éducation et rentes de conjoint ne sont pas systématiques dans les contrats, une majorité de contrats « non cadres » prévoient ainsi des prestations en rente uniquement pour les enfants.

Capital décès usuel en % du salaire annuel

	Tous collègues	Cadres	Non Cadres
Célibataire	100% à 300%	200%	150%
Marié	200% à 500%	300%	230%
Majoration par enfant à charge	25% à 150%	75%	50%

Rentes de conjoint et rentes d'éducation (x = âge de l'assuré au décès)

	Général	Moyenne
Rente conjoint Temporaire	En % $(x-25)$ * Salaire: de 0,5% à 1%	0,5% à 0,6%
Rente conjoint Viagère	En % $(65-x)$ * Salaire: de 0,5% à 1,25%	1%
Rente éducation	De 8% à 25% du salaire selon l'âge	15%

b) Risque arrêt de travail

Comme pour le décès, le niveau des prestations peut varier en fonction du collègue de salariés (cadres/non cadres). Les prestations usuelles présentées dans le tableau suivant sont exprimées « y compris prestations du régime de base ».

Prestations arrêt de travail usuelles en % du salaire annuel

	Tous collègues	Cadres	Non Cadres
Incapacité	65% à 100%	80%	80%
Invalidité 1^{ère} catégorie	54% à 100%	55%	50%
Invalidité 2^{ème} & 3^{ème} catégorie	60% à 100%	90%	80%

3) La structure des contrats

Les contrats proposés suivent en général les catégories juridiques du Code de la sécurité sociale (en termes de définition d'invalidité, de reconnaissance et de contrôle, de découpage des catégories – la catégorie 1 n'étant pas toujours prise en charge – de durée de versement jusqu'à 60 ans...) avec une prise en compte du risque incapacité-invalidité comme un risque unique (incapacité permanente).

Même si les conditions d'accès aux prestations diffèrent, ainsi que les modalités de calcul de la rente, il existe parfois des conditions d'ancienneté (2 ans le plus souvent), des différences de garanties et cotisations selon les cadres et les non-cadres, selon les contrats, des contrôles spécifiques de la part de l'employeur sur l'état d'incapacité du salarié voire contre-expertises médicales, des indemnisations différenciées selon les tranches de salaires (voir garanties spécifiques AG2R en note de base de page¹⁰) ou encore selon les causes d'invalidité.

La rente d'invalidité complémentaire est versée tant que la pension sécurité sociale est versée. Elle cesse également à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale, au dernier jour du mois du 60^{ième} anniversaire ou à la date de décès.

Garanties AG2R

L'invalidité du participant correspond à la catégorie d'invalidité souscrite aux conditions particulières et justifiées par une notification de classement dans la même catégorie d'invalidité de la sécurité sociale.

Les catégories d'invalidités garanties sont souscrites aux conditions particulières parmi les catégories suivantes :

- invalidité de 1^{ère} catégorie : participant invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- invalidité de 2^{ième} catégorie : participant invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession ou une activité lui procurant un gain ou un profit ;
- invalidité 3^{ième} catégorie : participant invalide absolument incapable d'exercer une profession et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La prestation de l'institution est une rente d'invalidité dont le montant est déterminé sous déduction de la pension d'invalidité de la sécurité sociale et de toute autre ressource de remplacement (notamment allocations ASSEDIC, pension de retraite), dans la limite du salaire net d'activité du participant.

¹⁰ Garanties spécifiques AG2R

Cause d'invalidité	Indemnisation (*)
1 ^{ère} catégorie	54 % du salaire de référence TA 49,8 % du salaire de référence TB
2 ^{ième} catégorie	90 % du salaire de référence TA 83 % du salaire de référence TB
3 ^{ième} catégorie	90 % du salaire de référence TA 83 % du salaire de référence TB

(*) Salaire de référence arrêt de travail : le salaire de référence servant de base de calcul des prestations est égal à la somme des salaires bruts soumis aux cotisations de prévoyance et perçus par le salarié dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale, au cours de quatre trimestres civils précédant la date de l'arrêt de travail initial, ou la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle.

En cas d'invalidité réduite du participant, le montant de la rente est calculé comme précédemment avec prise en compte du salaire temps partiel qu'il reçoit. La rente est versée tant que le participant perçoit une pension d'invalidité de même catégorie de la sécurité sociale. Elle est suspendue en cas de suspension de la pension de la sécurité sociale. Elle cesse quand la sécurité sociale cesse le versement de sa propre pension et également dès la survenance d'un des événements suivants : date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale, dernier jour du mois du 60^{ième} anniversaire du participant, date de décès du participant.

La prévoyance chez Pro-BTP

Les conventions collectives du BTP prévoient le versement d'une rente en cas d'incapacité ou d'invalidité reconnue et indemnisée par la sécurité sociale. Pour les employés, techniciens ou agents de maîtrise (Etam) et les cadres, la rente BTP-Prévoyance est plafonnée pour que le cumul des ressources du salarié (pension du régime général + salaire d'activité + indemnisation ASSEDIC + rente BTP-Prévoyance) n'excède pas 85 % du salaire brut.

Les obligations conventionnelles en cas d'invalidité

	Ouvriers du bâtiment	Ouvriers des TP	Etam	Cadres
Catégorie 1	30 % du salaire brut	30 % du salaire brut	60 % de l'indemnisation de la catégorie 2	60 % de l'indemnisation de la catégorie 2
Catégorie 2	60 % du salaire brut	60 % du salaire brut	80 % du salaire brut	65 % du salaire brut
Catégorie 3	60 % du salaire brut	60 % du salaire brut	80 % du salaire brut	85 % du salaire brut
Majoration si 1 ou plusieurs enfants	5 % du salaire brut	5 % du salaire brut	5 % du salaire brut	1 enfant : 5 % du salaire brut 2 enfants ou plus : 10 % du salaire brut

Nombre de salariés couverts et nombre d'entreprises cotisantes en 2006

	Nombre de salariés couverts				Nombre d'entreprises cotisantes		
	Ouvriers	Etam	Cadres	Total	Ouvriers	Etam	Cadres
Prévoyance	1 067 458	262 702	122 974	1 453 134	191 135	77 051	42 703

Prestations versées en 2006 (en M€)

	Ouvriers	Etam	Cadres	Total
Invalidité obligatoire	71,76	29,79	23,30	124,86
Invalidité supplémentaire	2,32	3,39	9,66	15,37

4) La structure de la population couverte

En ce qui concerne la population couverte, seule la totalité de la population cadre est obligatoirement couverte alors qu'il ne s'agit que d'une faculté pour les autres catégories de

salariés. Cette situation a pour conséquence d'organiser des garanties différentes entre cadres et non-cadres.

L'analyse des types de contrats confirme l'importance de la distinction cadres/non-cadres qui prédomine dans les contrats collectifs, quelle que soit la nature de la population couverte, comme le montre l'exemple qui suit.

Garanties prévues par l'accord collectif de branche dans la CCN de la répartition pharmaceutique

Pour les **non-cadres**, pour une cotisation de 2 % payée 50/50, l'incapacité est couverte en distinguant les durées de l'arrêt de travail : à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail : 20 % du salaire plafond (T₁) et 70 % (T₂) puis à partir du 31^{ème} jour : 25 % T₁ et 75 % T₂. La durée de service des prestations ne doit pas excéder 3 ans. L'invalidité permanente qui prend le relais de l'incapacité est définie comme en matière de sécurité sociale. Elle donne droit à une rente égale à 1/4 du salaire T₁+T₂ dans la limite, une fois cumulée avec la rente de sécurité sociale, de ne pas dépasser 70 % du salaire de référence pour la seconde catégorie. La rente est réduite de 25 % pour la première catégorie. La rente est versée par trimestre à terme échu et cesse d'être versée au plus tard à 60 ans.

Pour les **cadres**, la cotisation minimum est fixée à 1,41 %. Elle garantit pour les salariés ayant 1 an de présence l'indemnisation de l'incapacité selon les modalités suivantes : à partir du 4^{ème} jour jusqu'au 90^{ème} jour : 30 % de T₁ et 90 % de T₂, du 91^{ème} jour au 274^{ème} : 30 % de T₁ et 85 % de T₂, à partir du 275^{ème} jour : 30 % de T₁ et 90 % de T₂ ; l'invalidité permanente est couverte selon les mêmes termes, 30 % de T₁ et 90 % de T₂ réduite de 25 % en 1^{ère} catégorie.

5) Les données

Selon une enquête de l'IRDES réalisées en 2003 :

- 50 % des établissements enquêtés proposaient une prévoyance (incapacité, invalidité, décès et santé) ;
- sur le délai de carence, 56 % déclaraient que les salariés recevaient leur salaire en totalité, 38 % aucune rémunération au cours des trois premiers jours et 6 % une partie seulement de leur salaire ;
- sur la couverture sous moins de 6 mois, 51 % déclaraient que les salariés recevaient leur salaire en totalité, 23,5 % une partie seulement, 6 % aucune rémunération et 19,5 % ne répondaient pas ;
- au-delà de 6 mois, 54 % des établissements déclaraient organiser un complément de salaire grâce à la prévoyance.

Selon le rapport de l'IGAS (2006), une branche sur cinq a conclu un accord de prévoyance, de retraite ou de maladie et le thème de la prévoyance occupe le 4^{ème} rang des thèmes de négociation collective. Par ailleurs, seuls 92 accords collectifs nationaux sont répertoriés avec des branches importantes (BTP, industrie/commerce pharmaceutique, assurances, sécurité sociale, travail temporaire, aide à domicile, enseignement privé, ou imprimeries de labeur), et parmi eux, une dizaine correspondent à des accords récents (depuis 2001) pour une prévoyance des risques incapacité, invalidité, décès. Un seul accord a eu pour objet de créer un réel régime de prévoyance au sein d'une branche professionnelle (bijouterie). Environ

10,5 millions de salariés seraient couverts par un régime de prévoyance au titre du risque invalidité.

Cela étant, de façon générale, les données disponibles manquent pour apprécier l'ensemble des dispositifs de prévoyance complémentaire.

IV. Les limites actuelles de la protection complémentaire

Comme le fait observer la Cour des comptes (**document n° 3**), lorsque les salariés non cadres bénéficient d'une couverture prévoyance, c'est généralement le décès qui est assuré en priorité, puis l'incapacité temporaire et permanente. Le taux de cotisation est généralement plus faible que pour les cadres et il est généralement réparti entre salarié et employeur, alors que pour les cadres, il est intégralement à la charge de l'employeur. Ainsi, lorsque les non cadres sont couverts, tant le taux de cotisation pris en charge par l'employeur que le niveau de couverture offert est inférieur à celui des cadres.

Dans l'avis du 28 février du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (**document n°4**), il est indiqué que l'extension de la prévoyance devrait être une priorité portée par les partenaires sociaux. Il est précisé que plusieurs membres souhaitent que l'on étudie l'adoption pour l'invalidité d'un dispositif semblable à celui qui existe pour les arrêts de travail avec la loi de mensualisation. Dans cette option, l'extension de l'obligation légale – éventuellement compensée pour partie par une rétraction de la prévoyance – serait de nature à introduire plus d'égalité dans le système d'indemnisation. De manière plus générale, cet avis conclut que l'invalidité, qui est pourtant un risque de longue durée, est moins bien pris en compte que les arrêts maladie de courte durée.

Au total, la protection complémentaire semble souffrir de trois principaux défauts :

- la convention AGIRC de 1947 conduit à offrir des garanties réservées aux cadres, alors même que la probabilité qu'ils deviennent invalides est moins forte ;
- le degré de couverture des salariés est variable en fonction de la vitalité de la négociation collective au sein des branches professionnelles, et de la taille de l'entreprise ;
- le niveau de garantie apporté n'est pas toujours très lisible.