

CERCLE DES PYRAMIDES

LES CONSEQUENCES POUR LES ENTREPRISES DES DERNIERES MESURES GOUVERNEMENTALES

*Geneviève BERAUD-GRAVILLON
Pascal MARON
SPAC Actuaire*

*Denis FALCIMAGNE
ENTREPRISE & PERSONNEL*

*Bruno SERIZAY
CAPSTAN*



SOMMAIRE

- Les mesures en santé Page 3
- Les mesures en prévoyance Page 13
- Les mesures liées à la fin de carrière Page 39
- Evolution de l'environnement des organismes d'assurance Page 50
- Les catégories objectives de personnel Page 66
- Annexes

LES MESURES EN SANTE

**Hausse des taxes (+ 3,19% pour conserver les même ressources)
Conditions supplémentaires pour qu'un contrat soit responsable**

RAPPEL DES EVOLUTIONS DE L'ASSURANCE SANTE

Pour 2011 :

- Retour de la Taxe sur les Conventions d'Assurance (TSCA) au 1^{er} janvier 2011 avec un taux réduit de 3,5%.
 - Jusqu'à fin 2002, les mutuelles et les institutions de prévoyance n'étaient soumises à aucune taxation et les compagnies d'assurance à une taxe de 7%
 - A partir de fin 2002, les contrats sont exonérés de la taxe s'ils sont « solidaires » (pas de sélection médicale et pas de tarif lié à l'état de santé)
 - A partir de 2006 –et suite à la réforme de l'assurance maladie- pour rester exonérés de la taxe¹, les contrats doivent être en plus « responsables » (non remboursement de certains forfaits et respect du parcours de soins, prévention, ...)
 - A partir de 2011, les contrats responsables et solidaires sont soumis à une taxe de 3,5% (montant « intermédiaire » entre 0% et une taxe de 7%)
- Transformation de la Contribution CMU de 5,90% en Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA)
 - Cette taxe est égale à 6,27% afin de conserver les mêmes ressources pour le fonds CMU

¹Les contrats non responsables sont soumis à une taxe de 7%

RAPPEL DES EVOLUTIONS DE L'ASSURANCE SANTE (suite)

Pour 2011 Suite :

- Majoration du tarif de la consultation (de 22€ à 23€)
- Maîtrise de la charge des ALD. Les projets de décrets prévoient dans un premier temps :
 - Sortie des pathologies chroniques stabilisées depuis plus de 6 mois ne nécessitant plus qu'un suivi clinique régulier (maintien du remboursement à 100% uniquement pour les actes du suivi)
 - Redéfinition des critères d'admission pour 30 ALD (pour les nouveaux entrants et renouvellement)
 - Les décrets du 22/01/2011 et 24/06/2011 précisent les critères médicaux utilisés pour la définition des ALD et la durée d'exonération du ticket modérateur. Ils s'appliquent à toute nouvelle ALD ou renouvellement
 - L'impact sur les complémentaires pourrait être à terme élevé, notamment pour les anciens salariés
- Les pistes de l'UNOCAM (Union des Organismes complémentaires) non mises en œuvre à ce stade :
 - Suppression des remboursements si efficacité médicale non démontrée (médicaments, cures thermales)
 - Lutte contre les dépassements d'honoraires (reprise des négociations du secteur optionnel¹)

1 Il s'agit éventuellement pour certains actes de chirurgie et spécialistes de plafonner les dépassements d'honoraires du secteur 2 (mais en contrepartie, possible augmentation du nombre de praticiens avec dépassements : passage du secteur 1 au secteur optionnel)

RAPPEL DES EVOLUTIONS DE L'ASSURANCE SANTE (suite)

Pour 2011 Suite

- **Des mesures destinées à modérer l'évolution des dépenses :**
 - Des économies sur les médicaments et les dispositifs médicaux passant principalement par une baisse négociée des prix
 - Une baisse des tarifs des biologistes et radiologues
 - Des extensions d'ententes préalables des soins de kinésithérapie
 - Une incitation des médecins à prescrire des génériques
 - La poursuite de la convergence entre les tarifs des établissements de santé publics et privés
 - Des gains d'efficience des établissements de santé
- **Des mesures impactant les remboursements des complémentaires santé :**
 - Une baisse de 5 points du remboursement des médicaments à service médical rendu modéré (de 35% à 30%)
 - Une baisse de 5 points du remboursement des dispositifs médicaux (de 65% à 60%)
 - Le relèvement du seuil du ticket modérateur à l'hôpital (120€ au lieu de 91€)
 - Des modifications du dispositif d'affections de longue durée (hypertension artérielle, dispositifs d'autocontrôle du diabète, frais de transport)

Une partie de l'impact de ces aménagements (1% à 1,5% des prestations en année pleine) portera sur 2012 du fait des dates d'application étalées en 2011

UNE LFSS RECTIFICATIVE POUR 2011 EN SANTE

Taxe spéciale sur les conventions d'assurance

- Au 1^{er} octobre 2011, la TCA sur les contrats responsables passe de 3,5% à 7%

Afin de maintenir les mêmes cotisations hors taxes, il convient de majorer les cotisations de 3,19%

Les organismes d'assurances ont majoritairement répercuté cette hausse dès le 1^{er} octobre 2011

- A la même date, la taxe sur les contrats non responsables passe de 7% à 9%.

EVOLUTION DES TAXES ET CONTRIBUTIONS AU 1^{er} JANVIER 2012

Pour 2012 :

- La taxe prévoyance (8% sur les contributions patronales des entreprises de 10 salariés et plus aux régimes complémentaires de prévoyance) est abrogée
- Le forfait social (qui passe de 6% à 8%) s'applique sur les contributions patronales des entreprises de 10 salariés et plus aux régimes complémentaires de prévoyance
- La réduction de l'assiette de calcul de la CSG – CRDS passe de 3% à 1,75%. Ne sont plus concernés par cette réduction que les salaires.
- La CSG – CRDS sur les contributions patronales aux régimes complémentaires de retraite et de prévoyance devra donc être calculée sur 100% de leur valeur (plutôt que 97% en 2011)

ZOOM SUR L'EVOLUTION DES TAXES ET CONTRIBUTIONS

Taxes et contributions sur le financement de l'employeur d'une cotisation frais de santé

Année	Employeur	Salarié	Organisme assureur			total indicatif si institution (*)	
	Taxe prévoyance sur part patronale	CSG - CRDS	CMU - CMU-C	Taxe de solidarité additionnelle	Taxe sur les conventions d'assurance Institutions et Mutuelles Compagnies		
1990					7%	0,00%	
1991		1,10% sur 95%			7%	1,05%	
1993		2,40% sur 95%			7%	2,28%	
1996	6,00%	(2,40% + 0,50%) sur 95%			7%	8,76%	
1997	6,00%	(3,40% + 0,50%) sur 95%			7%	9,71%	
1998	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 95%			7%	15,60%	
1999	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 95%	1,75%		7%	17,35%	
2003	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 95%	1,75%			17,35%	
2005	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 97%	1,75%			17,51%	
2006	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 97%	2,50%			18,26%	
2009	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 97%	5,90%			21,66%	
2010	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 97%	6,24%			22,00%	
01/01/2011	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 97%		6,27%	3,5%	3,5%	25,53%
01/10/2011	8,00%	(7,50% + 0,50%) sur 97%		6,27%	7,00%	7,00%	29,03%
01/01/2012	8% (**)	(7,50% + 0,50%) sur 100% (***)		6,27%	7,00%	7,00%	29,27%

(*) Les différentes taxes ne s'appliquant pas aux mêmes assiettes, ce total est donné afin de présenter une évolution globale

(**) devient le forfait social

(***) CSG et CRDS s'appliquent sur 100% de la contribution patronale

ZOOM SUR L'EVOLUTION DES TAXES ET CONTRIBUTIONS

Coût du financement par l'employeur d'une prestation frais de santé de 100 €¹

	chargements d'assurance de 10%	chargements d'assurance de 15%	chargements d'assurance de 20%
prestation à financer	100,00 €	100,00 €	100,00 €
chargements d'assurance	11,11 €	17,65 €	25,00 €
cotisation HT	111,11 €	117,65 €	125,00 €
TSCA (7%)	7,78 €	8,24 €	8,75 €
TSA (6,27%)	6,97 €	7,38 €	7,84 €
cotisation TTC	125,86 €	133,26 €	141,59 €
forfait social (8%)	10,07 €	10,66 €	11,33 €
CSG - CRDS (8%)	10,07 €	10,66 €	11,33 €
coût total	145,99 €	154,58 €	164,24 €
<i>dont employeur</i>	<i>135,92 €</i>	<i>143,92 €</i>	<i>152,91 €</i>
<i>dont salarié</i>	<i>10,07 €</i>	<i>10,66 €</i>	<i>11,33 €</i>

LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

- Un objectif de progression des dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM de 2,5%¹
- Des mesures destinées à modérer l'évolution des dépenses de 2 700 M€ dont 2 500 M€ en santé :
 - De nouvelles actions de maîtrise médicalisée (550 M€)
 - Des ajustements tarifaires sur les produits de santé (1 060 M€)
 - Une baisse des tarifs des biologistes et radiologues (260 M€)
 - La poursuite de la convergence entre les tarifs des établissements de santé publics et privés (550 M€)

Des mesures ayant a priori peu d'impact sur les complémentaires frais de santé

LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Des conditions supplémentaires pour qu'un contrat soit responsable :

- Subordonné à la condition que l'organisme d'assurance communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque¹
- À défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, pendant une durée de deux mois, de la faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires
 - Le contrat doit prendre en charge les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles. »

LES MESURES IMPACTANT LA PREVOYANCE

**Réforme du calcul des indemnités journalières de l'assurance
maladie**

Nouvelles modalités d'allongement de la retraite à 62 ans

RETOUR SUR LES MESURES POUR 2011

LE REPORT A 62 ANS DE L'AGE LEGAL DE LA RETRAITE

- Un décalage progressif de la retraite à 62 ans qui conduit à poursuivre le paiement de l'invalidité au même âge selon le même échéancier
- Cette mesure crée des charges supplémentaires pour les régimes de prévoyance :
 - Pour les assurés en arrêt de travail au 31 décembre 2010, il est nécessaire de constituer un complément de provisions afin de régler les rentes jusqu'à leur terme et maintenir la garantie décès
 - Pour les arrêts de travail à compter de 2011, les provisions doivent prévoir un allongement de la durée de versement
 - A terme, des salariés plus âgés et présentant un risque plus important en décès, arrêt de travail et frais de santé
- Possibilité d'un financement progressif des provisions à constituer :
 - Les provisions au 31 décembre 2010 doivent prévoir a minima le versement des rentes d'invalidité pendant 4 mois de plus pour les assurés nés durant le 2^{ème} semestre 1951
 - Les provisions peuvent être par la suite constituées sur une période de 5 ans selon une progression au moins linéaire

LE DECALAGE PROGRESSIF

Un décalage progressif prévoyant un allongement de la durée de travail de 4 mois de plus chaque année pour les générations nées de 1951 à 1956

génération	1er semestre 1951	2ème semestre 1951	1952	1953	1954	1955	1956
Durée supplémentaire d'invalidité loi de 2010	aucun	4 mois	8 mois	12 mois	16 mois	20 mois	24 mois
Fin d'invalidité maximale	60 ans	60 ans 4 mois	60 ans 8 mois	61 ans	61 ans 4 mois	61 ans 8 mois	62 ans

LE FINANCEMENT DES PROVISIONS SUR LES ARRETS EN COURS

En cas de résiliation durant la période de constitution des provisions complémentaires, la loi prévoit :

- Que l'organisme assureur poursuit le règlement des rentes jusqu'à l'âge de liquidation de la pension vieillesse pour inaptitude au travail
- Que le souscripteur est redevable d'une indemnité à l'ancien assureur égale au montant des provisions restant à constituer à la date de résiliation
- Toutefois, cette indemnité n'est pas exigible si l'ancien assureur ne poursuit pas le maintien de la couverture tandis que le nouveau contrat prévoit la reprise des engagements de l'ancien assureur (auquel cas les provisions constituées à la date de résiliation sont transférées au nouvel organisme assureur)

Des organismes partagés sur l'application du texte. Certains considèrent que le choix de poursuivre le maintien leur revient et qu'ils peuvent de ce fait exiger l'indemnité

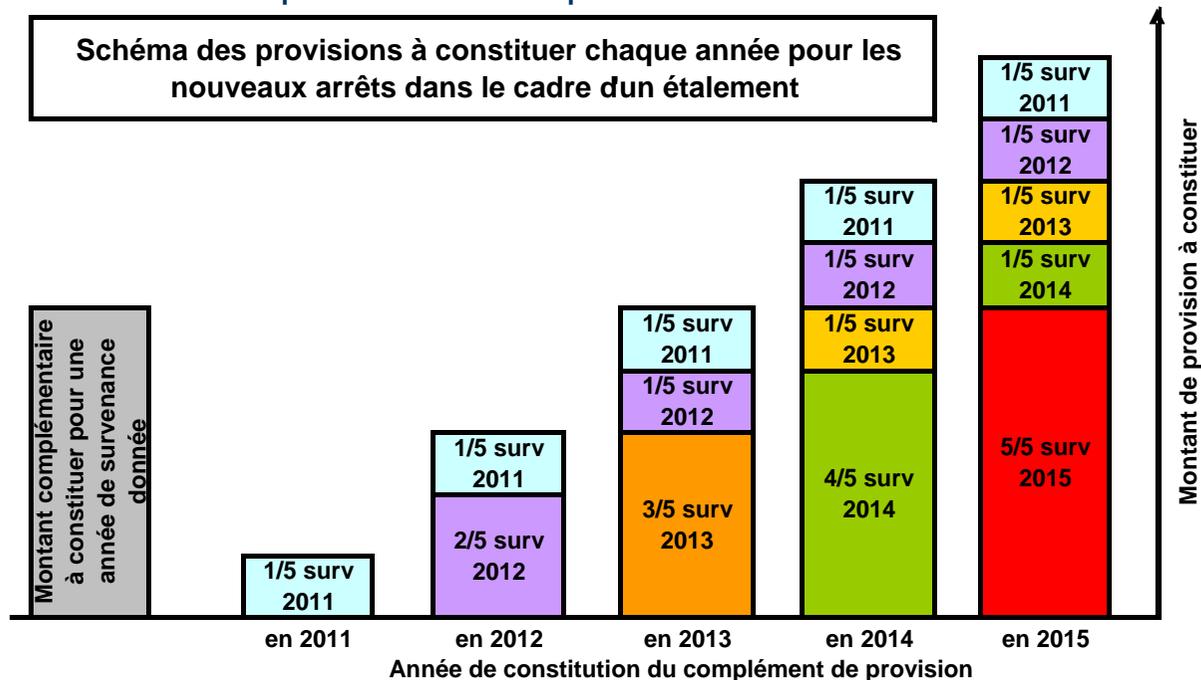
LE FINANCEMENT DES PROVISIONS SUR LES ARRETS EN COURS AU 31/12/2010 (suite)

Le montant des provisions supplémentaires à financer représente environ 20% du montant des provisions d'invalidité et d'invalidité en attente

- Rapporté aux cotisations d'un régime de prévoyance, le montant peut être très différent d'un régime à l'autre :
 - Il dépend :
 - Du poids relatif des garanties décès, incapacité et invalidité au sein du régime
 - Du rapport entre les provisions constituées et les cotisations du régime

LE COUT DU FINANCEMENT POUR LES NOUVEAUX ARRETS DE TRAVAIL

- Comme pour les arrêts en cours au 31/12/2010, les provisions liées à la prolongation en invalidité de 2 ans peuvent être financées progressivement :
 - Sur une période de 5 ans (2011 à 2015)
 - Selon une progression au moins linéaire
- De même, en cas de résiliation pendant la période de constitution des provisions, les mêmes conséquences sont à prévoir



surv : survénance, correspond à l'année de l'arrêt de travail initial

LE COUT DU FINANCEMENT POUR LES NOUVEAUX ARRETS DE TRAVAIL (SUITE)

- Exprimé en pourcentage des cotisations d'un régime de prévoyance, la charge supplémentaire liée au prolongement de l'invalidité sera très différente d'un régime à l'autre
- Elle dépend du poids de l'invalidité par rapport aux autres garanties (décès et incapacité)
 - Elle peut être inférieure à 3% pour un régime qui offre des garanties décès importantes, une franchise courte en incapacité...
 - Comme elle peut représenter plus de 20% des cotisations pour un régime n'offrant que de l'invalidité
- Elle représente environ 9% de la cotisation liée à l'arrêt de travail lorsque la franchise est de l'ordre de 90 jours en incapacité

Des situations très différentes qui nécessitent des études approfondies des régimes

EXEMPLES D'IMPACT DE LA REFORME DES RETRAITES

- Calculé pour un passage de 60 à 62 ans pour l'ensemble des salariés en invalidité (y compris assurés en 1^{ère} catégorie travaillant et assurés bénéficiant d'une rente accident du travail – maladie professionnel)

	Régime 1	Régime 2
Coût pour les arrêts de travail en cours d'un passage progressif de 60 à 62 ans de la retraite		
Pour l'invalidité en % des provisions	16%	13%
Pour le maintien décès en % des provisions	20%	17%
Provision minimale à constituer en 2010 en % des provisions d'arrêt de travail et maintien décès	0,3% à 0,4%	0,1% à 0,2%
Augmentation de la charge liée à l'arrêt de travail pour les survenances futures	10% à 13%	9% à 11%

Régime 1 : régime prévoyant une franchise de 90 jours

Régime 2 : régime prévoyant une franchise de 50 jours environ et assurés plus jeunes que sur le régime 1

LES MAJORATIONS DE COTISATIONS DES ORGANISMES D'ASSURANCE

- Les organismes d'assurance ont en majoritairement demandé une majoration des cotisations :
 - D'environ 15% des cotisations incapacité-invalidité
 - Ou 7% des cotisations prévoyance
- Ces demandes de majorations ont été réclamées pour une prise d'effet :
 - Soit au 1^{er} janvier 2011
 - Soit au 1^{er} janvier 2012

LES AUTRES MESURES AFFECTANT LE RISQUE ARRET DE TRAVAIL

D'autres mesures ou circonstances dont la portée n'est pas négligeable affectent le risque arrêt de travail :

- Les assurés en 1^{ère} catégorie qui travaillent ne sont plus mis à la retraite à 60 ans (62 ans demain) et pourront continuer à percevoir leur rente jusqu'à 65 ans (puis 67 ans). A ce stade, les barèmes de provisionnement n'ont pas pris en compte une durée de versement des rentes supérieure à 62 ans
- Le calcul des indemnités journalières se fera dès le 1^{er} décembre 2010 sur une base de 365 jours au lieu de 360 jours. Pour les régimes dont la garantie est exprimée sous déduction de la Sécurité sociale, cela génère une charge supplémentaire de 1% à 3% de l'incapacité

LFSS 2012 : ACCELERATION DE L'ALLONGEMENT PROGRESSIF DE L'AGE DE LA RETRAITE

- 1 mois de plus par an pour les générations 1952 à 1955

génération	1er semestre 1951	2ème semestre 1951	1952	1953	1954	1955	1956
Durée supplémentaire d'invalidité loi de 2010	aucun	4 mois	8 mois	12 mois	16 mois	20 mois	24 mois
Fin d'invalidité maximale	60 ans	60 ans 4 mois	60 ans 8 mois	61 ans	61 ans 4 mois	61 ans 8 mois	62 ans
Durée supplémentaire d'invalidité LFSS 2012	aucun	aucun	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	-
Fin d'invalidité maximale après LFSS 2012	60 ans	60 ans 4 mois	60 ans 9 mois	61 ans 2 mois	61 ans 7 mois	62 ans	62 ans

LFSS 2012 : ACCELERATION DE L'ALLONGEMENT PROGRESSIF DE L'AGE DE LA RETRAITE (Suite)

- Conséquences sur les complémentaires prévoyance :
 - Des provisions supplémentaires à constituer :
 - Entre 6% et 8% des provisions d'invalidité des générations 1952 à 1955
 - Soit en moyenne environ 1% des provisions d'invalidité
 - L'équivalent de 3% à 4% d'une année de cotisations liées à l'arrêt de travail
- Dans le cas d'un étalement de la constitution des provisions, des provisions à constituer chaque année éventuellement légèrement supérieures du fait de la progression au moins linéaire (moindre indemnité de résiliation)

LE PROJET DE DECRET RELATIF AU PLAFONNEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES DE LA SECURITE SOCIALE

- Annoncé par le gouvernement, un projet de décret visant à modifier le montant maximal de l'indemnité journalière du régime général d'assurance maladie devrait paraître prochainement
- Les mesures envisagées à ce stade :
 - L'indemnité journalière versée au titre de l'assurance maladie ne peut actuellement dépasser 50 % du plafond de la sécurité sociale
 - Le montant maximal de l'indemnité journalière passerait à 50 % de 1,8 SMIC
 - Concerneraient les arrêts de travail ayant débuté à partir du 1^{er} janvier 2012
 - Concerneraient les salariés relevant du régime général, du régime agricole et les artistes-auteurs rattachés au régime général
 - N'affecteraient pas le calcul des IJ Maternité, le capital décès ou l'accident de travail-maladie professionnelle

LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite)

Ainsi, en 2012 :

- Dans les conditions actuelles, le versement annuel maximal aurait été de 18 186 € (50% de 36 372€¹)
- Dans les conditions envisagées par le projet, il serait de 15 053€²
- Soit un écart annuel maximal d'IJ Brute de 3 133 €



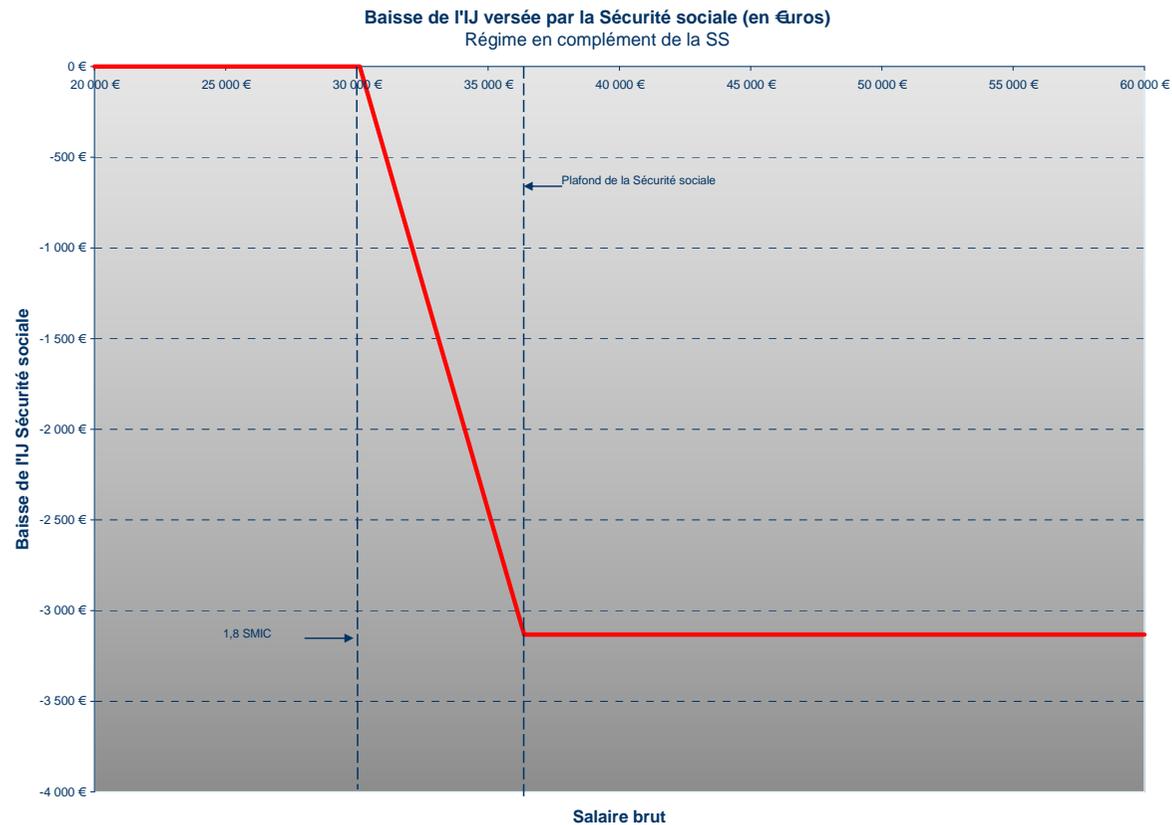
Des conséquences variables en fonction du salaire

¹ Selon l'estimation actuelle du plafond de la Sécurité sociale

² En fonction du SMIC revalorisé au 1^{er} décembre 2011

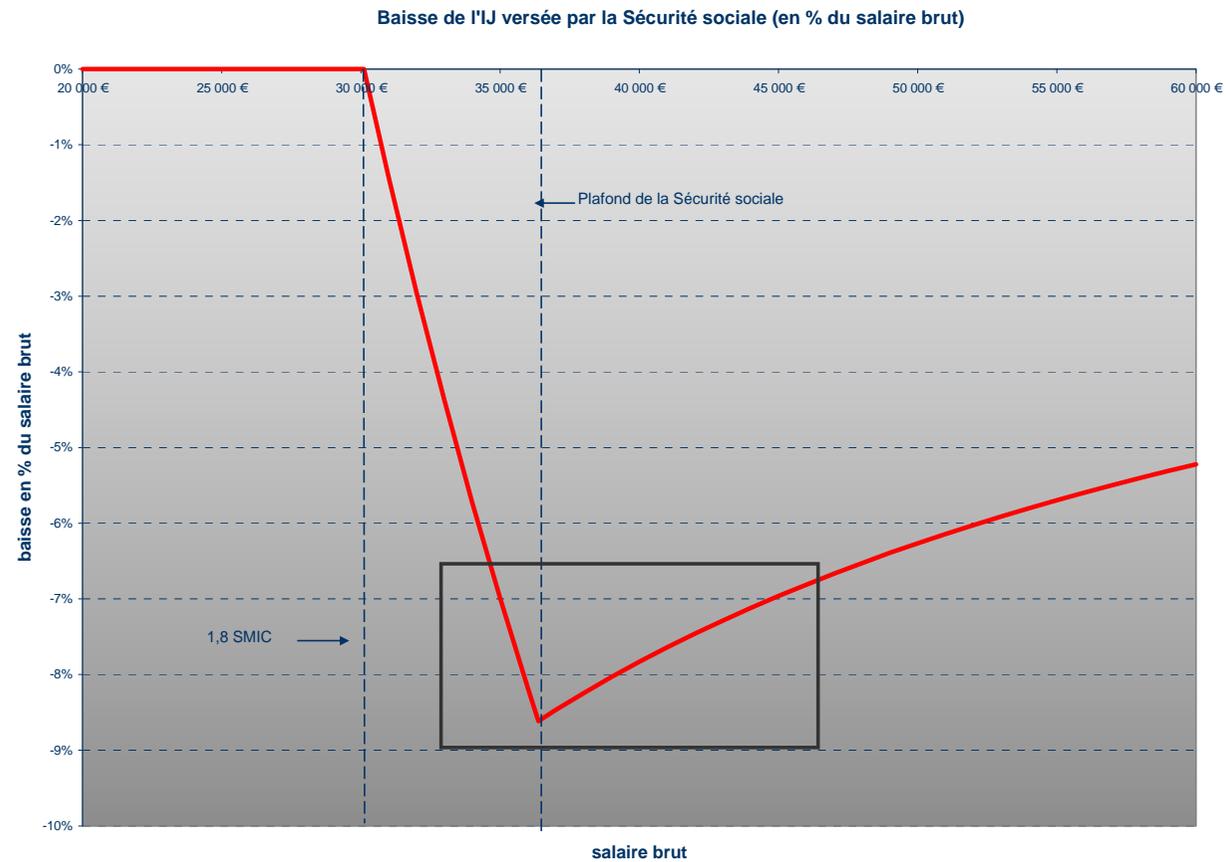
LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite)

- Aucune baisse pour les salaires inférieurs à 1,8 SMIC (30 107 €)
- Pour les salaires entre 30 107 € et 36 372 €, une baisse égale à 50% de l'écart entre le salaire et 30 107€
- Une baisse de 3 133€ pour les salaires de 36 372 € et plus



LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite)

En proportion du salaire, une baisse qui affecte davantage les salaires compris entre 34 000 € et 50 000 €



LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite) Conséquence sur la garantie incapacité des contrats complémentaires

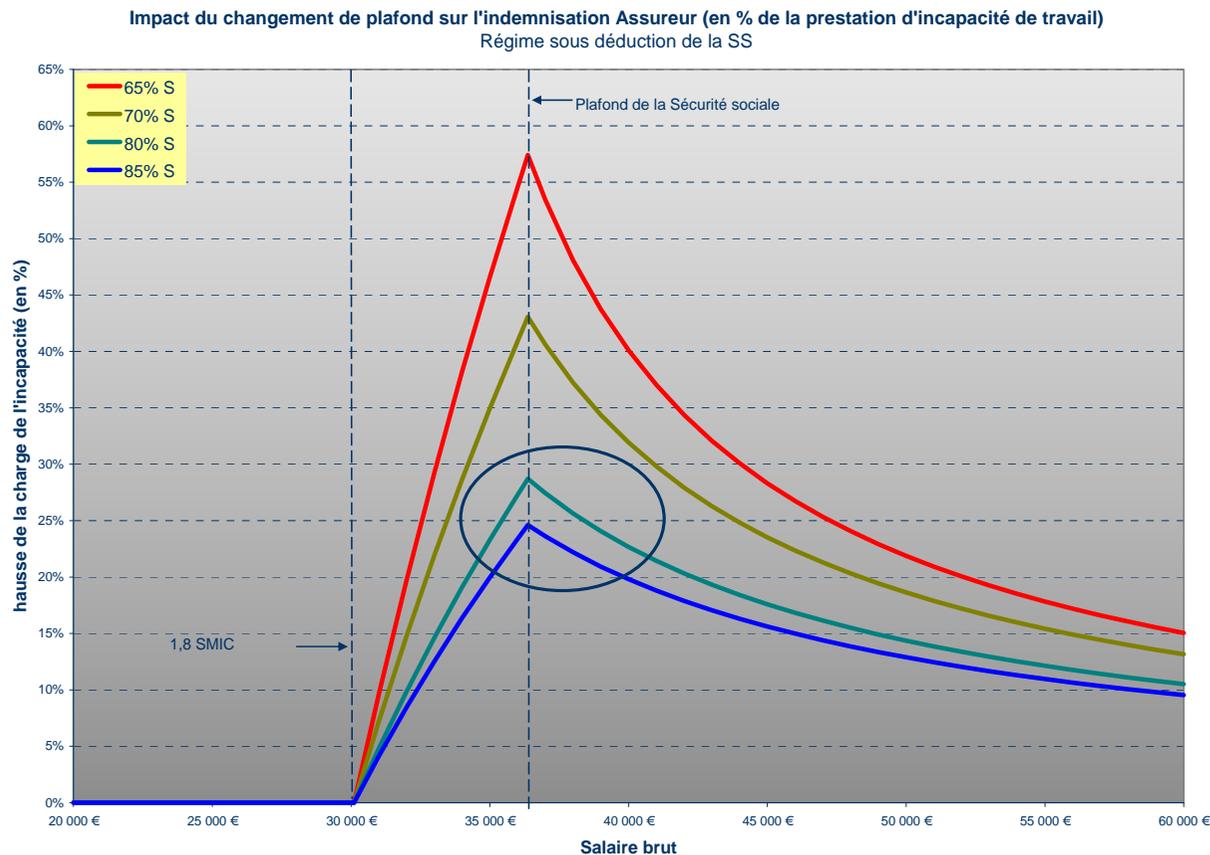
Deux rédactions habituelles de la garanties en cas d'incapacité de travail :

- Sous déduction des IJ de la Sécurité sociale (ex 80% TA TB – Sécurité sociale)
 - Si les dispositions sont conservées, les IJ du régime complémentaire seront majorées
 - Tant que son contrat de travail est en cours, le salarié aura généralement une baisse de ressources liée à l'écart de prélèvement entre les IJ de la Sécurité sociale et les IJ complémentaires
- En complément des IJ de la Sécurité sociale (ex 30% TA 80% TB)
 - Dans ce cas, la baisse des IJ de la Sécurité sociale est totalement à la charge des salariés

LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite) Conséquence sur la garantie incapacité des contrats complémentaires

La hausse de la charge incapacité des contrats complémentaires (pour les garanties exprimées sous déduction de IJ de la Sécurité sociale) dépend :

- Des salaires des personnes en incapacité de travail
- Du niveau de la garantie du contrat



LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite) Conséquence sur la garantie incapacité des contrats complémentaires

A titre indicatif, exemples de hausses de charge en incapacité en fonction de la répartition des salaires des personnes en arrêt de travail

	Garantie de 80% - Sécurité sociale				Garantie de 70% - Sécurité sociale			
	répartition des salariés en incapacité			Hausse de la charge Incapacité	répartition des salariés en incapacité			Hausse de la charge Incapacité
	salaire < 1,8 SMIC	salaire entre 1,8 SMIC et 1 PMSS	salaire > PMSS		salaire < 1,8 SMIC	salaire entre 1,8 SMIC et 1 PMSS	salaire > PMSS	
entreprise 1	25%	20%	55%	+ 14,8%	25%	20%	55%	+ 20,4%
entreprise 2	50%	17%	33%	+ 11,5%	50%	17%	33%	+ 16,2%
entreprise 3	75%	12%	13%	+ 6,5%	75%	12%	13%	+ 9,5%
entreprise 4	90%	5%	5%	+ 2,9%	90%	5%	5%	+ 4,3%
entreprise 5	95%	3%	3%	+ 1,5%	95%	3%	3%	+ 2,3%

Considérée sur la totalité du risque arrêt de travail, la hausse de charge dépend du poids de l'incapacité par rapport à l'invalidité (notamment de la franchise appliquée) et peut être de l'ordre de :

	garantie de 80% - ss	garantie de 70% - ss
entreprise 1	3,5% à 5%	5% à 7%
entreprise 5	0,4% à 0,5%	0,6% à 0,8%

LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite) Conséquences pour le salarié

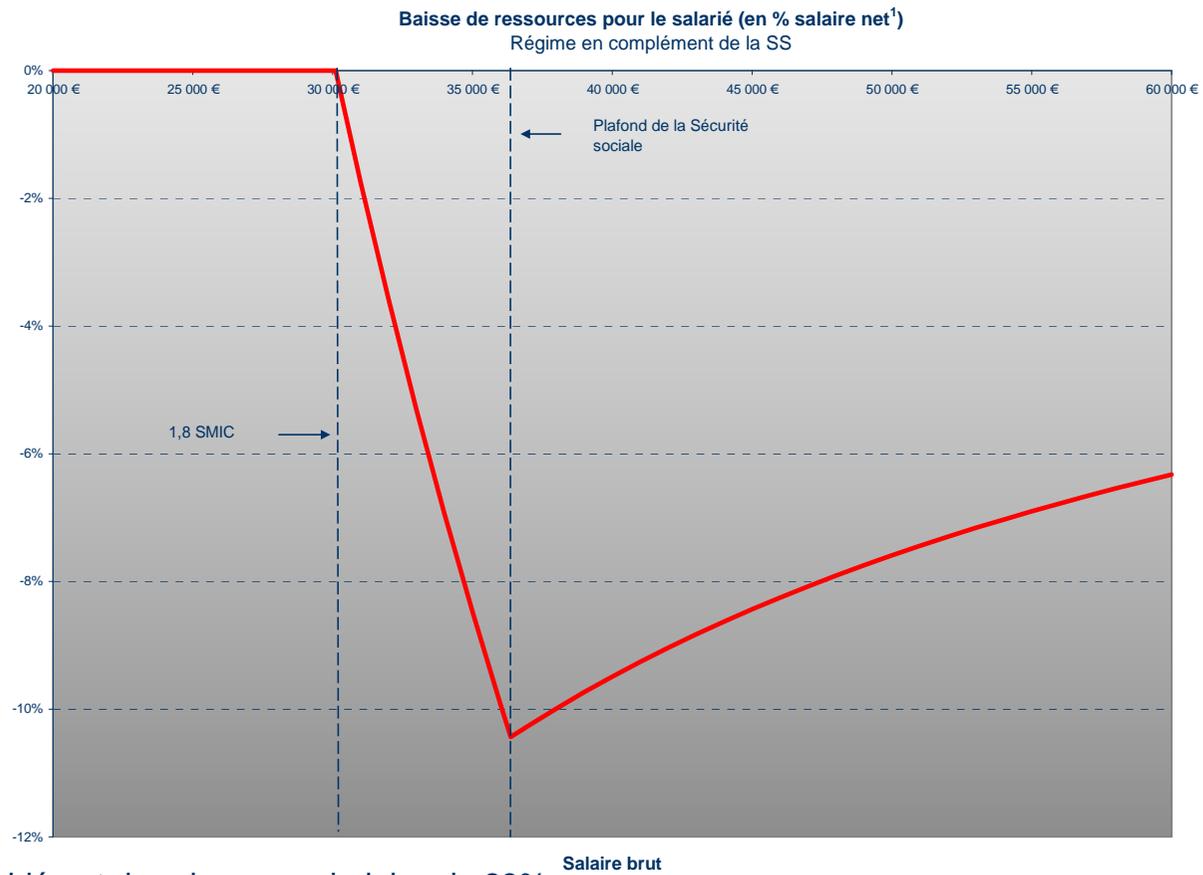
- Pour un salarié sous contrat de travail bénéficiant d'une garantie sous déduction de la Sécurité sociale, les charges sur les IJ brutes s'élèvent à :
 - 6,7% sur les IJ de la Sécurité sociale
 - Environ 21%¹ de la part de financement de l'employeur au régime de prévoyance pour les IJ complémentaires
 - Une baisse des IJ brutes Sécurité sociale, compensée par autant d'IJ brutes complémentaires entraîne une baisse de ressources nettes de :

	financement du régime par l'employeur		
	50%	75%	100%
pour 100 € d'IJ	- 3,8 €	- 9,1 €	- 14,3 €
pour 3133 € d'IJ	- 119,1 €	- 283,5 €	- 448,0 €

- Pour un salarié bénéficiant d'une garantie en complément de la Sécurité sociale, la baisse de ressources correspond à la baisse des IJ de la Sécurité sociale. Elle est au maximum, par an, de soit 2 923 € (en net de CSG CRDS)

¹ Charges sociales salariales légales et conventionnelles

LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite) Conséquences pour le salarié



¹ En considérant des charges salariales de 23%

LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite) Conséquences sur le maintien de salaire

- Les accords de maintien de salaire prévoient généralement le maintien d'un pourcentage du salaire, y compris Sécurité sociale
- La baisse des IJ Sécurité sociale sera donc généralement, sauf modification des accords, compensée par l'employeur
- Sur le salaire maintenu, les charges salariales et patronales s'appliquent
- Pour maintenir la même ressource nette au salarié, une baisse de 100€ de l'IJ Sécurité sociale représente une compensation de 182€ pour l'employeur¹
- La hausse du coût du maintien de salaire pour l'entreprise dépend :
 - Des salaires des personnes en incapacité de travail
 - Du pourcentage de salaire maintenu
- A titre indicatif, quelques exemples de hausse pour l'entreprise en fonction du salaire net maintenu

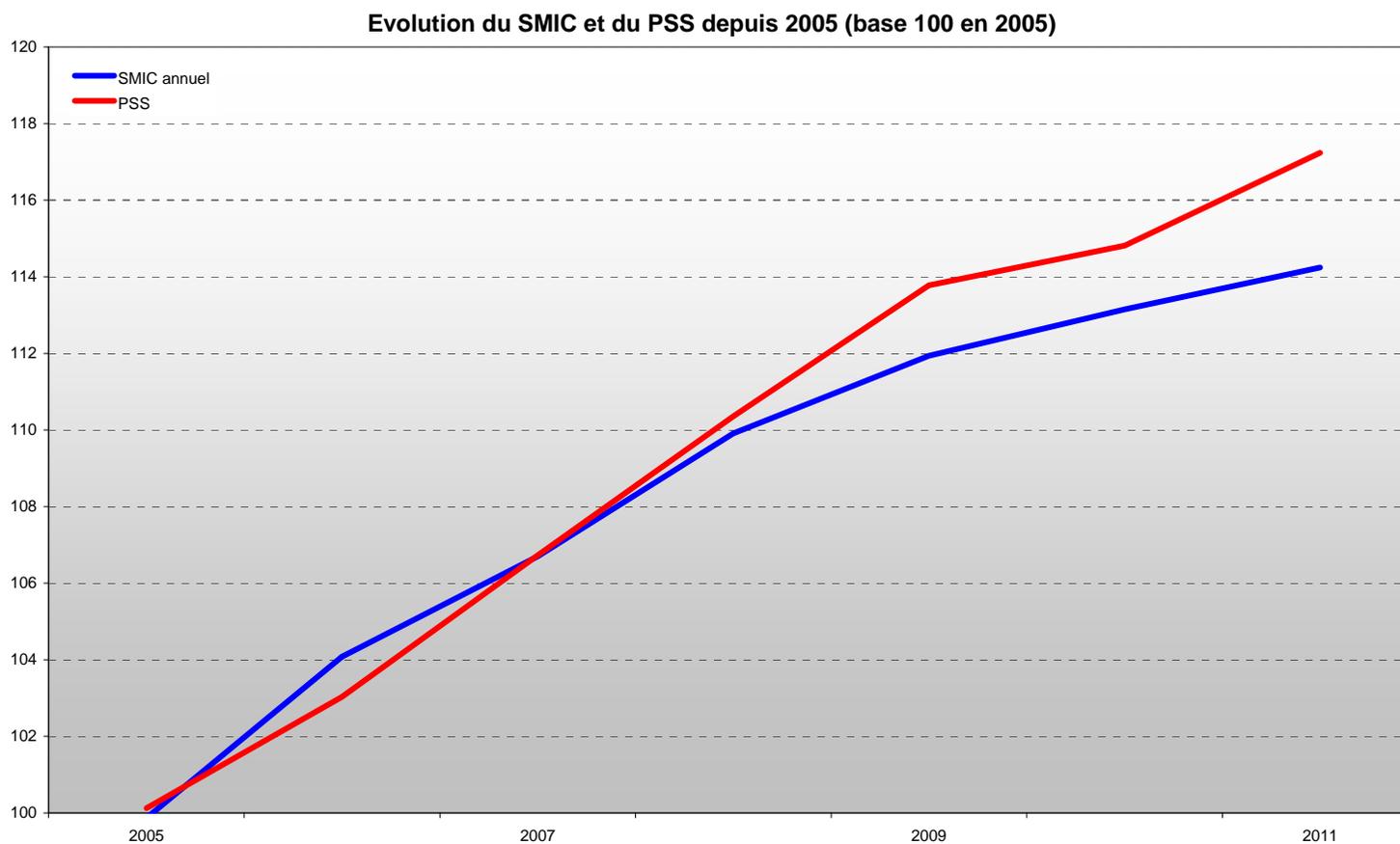
	répartition des journées payées			Hausse du coût de maintien de salaire		
	salaire < 1,8 SMIC	salaire entre 1,8 SMIC et 1 PMSS	salaire > PMSS	Maintien de 100% du salaire net	Maintien de 90% du salaire net	Maintien de 80% du salaire net
Entreprise 1	25%	20%	55%	+ 13,9%	+ 17,6%	+ 24,1%
Entreprise 2	50%	17%	33%	+ 10,7%	+ 13,8%	+ 19,3%
Entreprise 3	75%	12%	13%	+ 6,0%	+ 7,9%	+ 11,6%
Entreprise 4	90%	5%	5%	+ 2,7%	+ 3,6%	+ 5,3%
Entreprise 5	95%	3%	3%	+ 1,4%	+ 1,9%	+ 2,8%

¹ En considérant des charges salariales de 23% et des charges patronales de 50% du salaire brut

LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite) L'évolution des bases de calcul

- L'IJ maximale de la Sécurité sociale serait assise sur le SMIC,
- Actuellement les prestations (lorsqu'elles sont exprimées en complément de la Sécurité sociale) et les cotisations (lorsqu'elles diffèrent entre la tranche A et les tranches supérieures de salaire) sont assises sur le plafond de la Sécurité sociale
- Le plafond de la Sécurité sociale est revalorisé en fonction de l'évolution des salaires
- Le SMIC est revalorisé en fonction de l'inflation (hors tabac), à laquelle on ajoute la moitié de la croissance du pouvoir d'achat du salaire, salaire mesuré par le salaire horaire de base ouvrier (SHBO). Il est également revalorisé à chaque hausse d'au moins 2 % de l'indice des prix (hors tabac). Le gouvernement peut aussi ajouter « un coup de pouce » à ces augmentations.
- L'écart de revalorisation entre les 2 indices peut entraîner des charges supplémentaires si les garanties ou cotisations restent définies en l'état

LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Fin) L'évolution des bases de calcul



MESURES LIEES A LA FIN DE CARRIERE

Cercle de décembre 2011



ASSURANCE VIEILLESSE

- La loi Fillon, confortée par la loi de réforme des retraites de 2010, a posé comme objectif dans la gestion du régime d'assurance vieillesse de maintenir constant, à son niveau de 1996 de 1,79, le ratio :

Durée de service de la pension / Durée d'assurance

- La durée de service de la pension est définie comme l'espérance de vie à l'âge de 60 ans minorée du nombre de trimestres requis pour bénéficier du taux plein au-delà de 160 trimestres
 - En 2011, la génération 1955 qui a atteint 56 ans dans l'année a une espérance de vie à 60 ans de 24,42 années, soit 97,68 trimestres. Son espérance de service de la pension est donc, sur la base de 165 trimestres, de 92,68 trimestres, soit 1,78 fois la durée d'assurance
- Sur ces bases, la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein a été portée à 166 trimestres pour la génération 1955
 - Compte tenu des éléments disponibles actuellement, cette durée devrait également concerner les générations 1956 et 1957, la génération 1958 passant a priori à 167 trimestres
 - Les conséquences sont toutefois marginales compte tenu du décalage de l'âge minimum de 60 à 62 ans (+ 8 trimestres)

ASSURANCE VIEILLESSE

- Synthèse des modalités actuelles de liquidations
 - Un décalage des âges pour les carrières longues est probable à l'instar du décalage ayant fait suite à la réforme de 2010

	Législation actuelle après réforme des retraites 2010														
	Carrières normales			Carrières longues											
				Age début carrière : 5 trimestres avant 16 ans			Age début carrière : 5 trimestres avant 16 ans			Age début carrière : 5 trimestres avant 17 ans			Age début carrière : 5 trimestres avant 18 ans		
Age OD	Age maxi	Nb trimestres validés	Age OD	Nb trimestre s validés	Nb trimestres cotisés	Age OD	Nb trimestres validés	Nb trimestres cotisés	Age OD	Nb trimestres validés	Nb trimestres cotisés	Age OD	Nb trimestres validés	Nb trimestres cotisés	
1977/1951	60,33	65,33	163												
1952	60,75	65,75	164						59,33	172	164	60,00	172	164	
1953	61,17	66,17	165				58,33	173	169	59,67	173	165	60,00	173	165
1954	61,58	66,58	165				58,67	173	169	60,00	173	165	60,00	173	165
1955	62,00	67,00	166	56,33	174	174	59,00	174	170	60,00	174	166	60,00	174	166
1956	62,00	67,00	166	56,67	174	174	59,33	174	170	60,00	174	166	60,00	174	166
1957	62,00	67,00	166	57,00	174	174	59,67	174	170	60,00	174	166	60,00	174	166
1958	62,00	67,00	166	57,33	174	174	60,00	174	170	60,00	174	166	60,00	174	166
1959	62,00	67,00	166	57,67	174	174	60,00	174	170	60,00	174	166	60,00	174	166
1960	62,00	67,00	166	58,00	174	174	60,00	174	170	60,00	174	166	60,00	174	166

PERCO

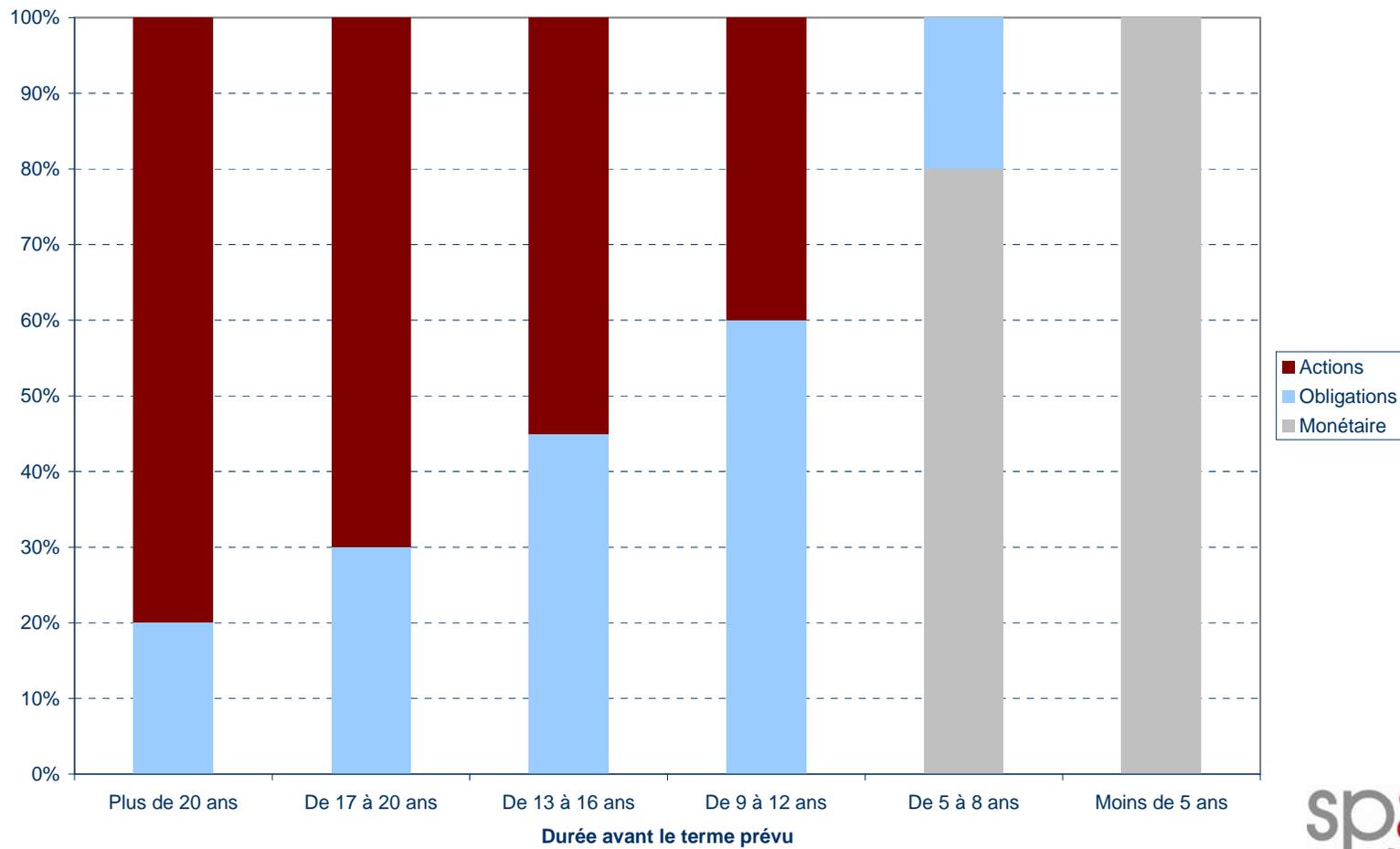
- Deux décrets du 7 novembre dernier ont apporté des précisions suite aux évolutions prévues par la loi de réforme des retraites de 2010
- La loi prévoit qu'en l'absence d'affectation par le salarié, 50% du montant légal de la participation est affecté au PERCO, s'il existe
 - Le décret n° 2011-1449 prévoit que le règlement du PERCO doit définir les modalités de placement par défaut des sommes ainsi affectées
 - En l'absence de dispositions dans le règlement, le versement doit s'effectuer sur le support le moins risqué du PERCO de l'entreprise ou, à défaut, du groupe ou, à défaut, du PERCO interentreprises, s'il existe
 - Ces dispositions s'appliquent à compter des versements dus au titre des exercices clos après le 10 novembre 2010

PERCO

- Modalités de placement
 - Les salariés doivent avoir le choix entre au moins 3 FCPE présentant des profils d'investissement différents
 - L'un des fonds doit être solidaire
 - Sont considérées comme solidaires les entreprises non cotées qui respectent l'une des 2 conditions suivantes :
 - Employer des salariés dont un tiers au moins bénéficie de contrats « d'insertion »
 - Etre constituée en association, coopérative, mutuelle, institution de prévoyance ou société dont les dirigeants sont élus par les salariés, les adhérents ou les sociétaires à condition que leur rémunération n'excède pas 48 fois le SMIC
 - Depuis la loi de réforme des retraites de 2010, le plan doit proposer en plus une allocation permettant de réduire progressivement les risques financiers
 - Les modalités ont été précisées par le décret n° 2011-1449
 - Le règlement du plan doit prévoir les modalités selon lesquelles les sommes investies sont progressivement transférées vers des supports à faible risque en tenant compte de l'horizon de placement
 - 2 ans au plus tard avant l'échéance prévue, 50% au moins des sommes doivent être investies en support à faible risque
 - L'information sur cette option d'investissement est transmise annuellement par le teneur de compte au salarié à partir de son 45^{ème} anniversaire
 - Les règlements doivent être mis en conformité avant le 1^{er} avril 2012

PERCO

- Exemple d'option d'allocation sécurisée



LES REGIMES A PRESTATIONS DEFINIES

- Charges dues par les bénéficiaires
 - La loi de finances pour 2011 a instauré une contribution due par le bénéficiaire sur les rentes qu'il perçoit
 - Cette contribution a fait l'objet d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité
 - Les motifs évoqués étaient qu'elle était contraire au principe d'égalité devant l'impôt et à la garantie des droits, du fait de l'assujettissement des rentes liquidées avant le 1er janvier 2011
 - Le 13 octobre 2011, le conseil constitutionnel a confirmé sa constitutionnalité
 - Le projet de loi de finances rectificative pour 2011 aménage les modalités de cette contribution :
 - En harmonisant l'expression de la contribution sur les rentes liquidées avant et après le 1^{er} janvier 2011
 - En introduisant une nouvelle tranche pour les rentes « excessivement élevées »
 - De plus, il précise le traitement fiscal de cette contribution

LES REGIMES A PRESTATIONS DEFINIES

- Charges dues par les bénéficiaires (projet)

Montant mensuel de la rente (valeur 2011)	Barème à partir du 1 ^{er} janvier 2012		Barème 2011	
	Date de liquidation de la rente		Date de liquidation de la rente	
	Avant le 1 ^{er} janvier 2011	Après le 1 ^{er} janvier 2011	Avant le 1 ^{er} janvier 2011	Après le 1 ^{er} janvier 2011
Inférieur à 400 €	0	0	0	0
De 400 € à 500 €	0	7% * (rente – 400)	0	7% * rente
De 500 € à 600 €	7% * (rente – 500)	7% * (rente – 400)	7% * (rente – 500)	7% * rente
De 600 € à 1 000 €	7% * (rente – 500)	14% * (rente – 600)	7% * (rente – 500)	14% * rente
De 1 000 € à 24 000 €	14% * (rente – 1 000)	14% * (rente – 600)	14% * (rente – 500)	14% * rente
Supérieur à 24 000 €	21% * (rente – 24 000)	21% * (rente – 24 000)	14% * (rente – 500)	14% * rente

- Les seuils sont revalorisés selon le plafond de la Sécurité sociale
- Le projet de loi prévoit la déductibilité partielle de cette contribution pour le calcul de l'impôt sur le revenu
 - Seule la part correspondant aux 1 000 premiers euros de rente mensuelle serait déductible

LES REGIMES DE PRERETRAITE

- L'évolution des âges de départ en retraite a des conséquences directes sur les régimes de préretraite qui se retrouvent en situation de devoir payer des allocations supplémentaires
 - 1 mois maximum pour la génération 1952
 - 2 mois maximum pour la génération 1953
 - 3 mois maximum pour la génération 1954
 - 4 mois maximum pour la génération 1955
- Illustration
 - Le surcoût pour un régime de préretraite est très variable en fonction de la date de naissance des personnes concernées et de leur âge au taux plein
 - La majoration de provision constatée après prise en compte de la réforme de 2010 varie :
 - De 0% pour des plans en fin de vie pour lesquels les allocataires sont nés avant 1952 ou au contraire des plans rassemblant des allocataires nés après 1955
 - A 6 / 8% pour des populations nées sur la période 1952 - 1955

INDEMNITES DE RUPTURE

- Les indemnités de licenciement et de mise à la retraite inférieures à 30 plafonds de la Sécurité sociale sont exonérées de cotisations de Sécurité sociale dans la limite :
 - Du plus élevé :
 - Du montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi
 - Du double de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail
 - De la moitié du montant de l'indemnité versée
 - Sans que le montant exclu de l'assiette ne puisse excéder 3 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale
- Ces indemnités sont également exclues de l'assiette de la CSG et de la CRDS dans la limite :
 - Du montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi
 - Sans pouvoir excéder le montant exonéré de cotisations sociales

INDEMNITES DE RUPTURE

- La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 abaisse la limite globale de 3 à 2 fois le plafond de la Sécurité sociale
 - À titre transitoire, la limite reste fixée à 3 plafonds pour les indemnités versées en 2012 :
 - Au titre d'une rupture notifiée en 2011
 - Au titre d'une rupture notifiée en 2012 lorsque le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle est supérieur à 2 plafonds de la Sécurité sociale. Dans ce cas, le montant exonéré est limité au montant prévu par la convention ou l'accord collectif en vigueur au 31 décembre 2011 ou, à défaut, par la loi

EVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT DES ORGANISMES D'ASSURANCE

Cercle de décembre 2011



SOMMAIRE



1 – Fiscalisation des Institutions de prévoyance et des Mutuelles

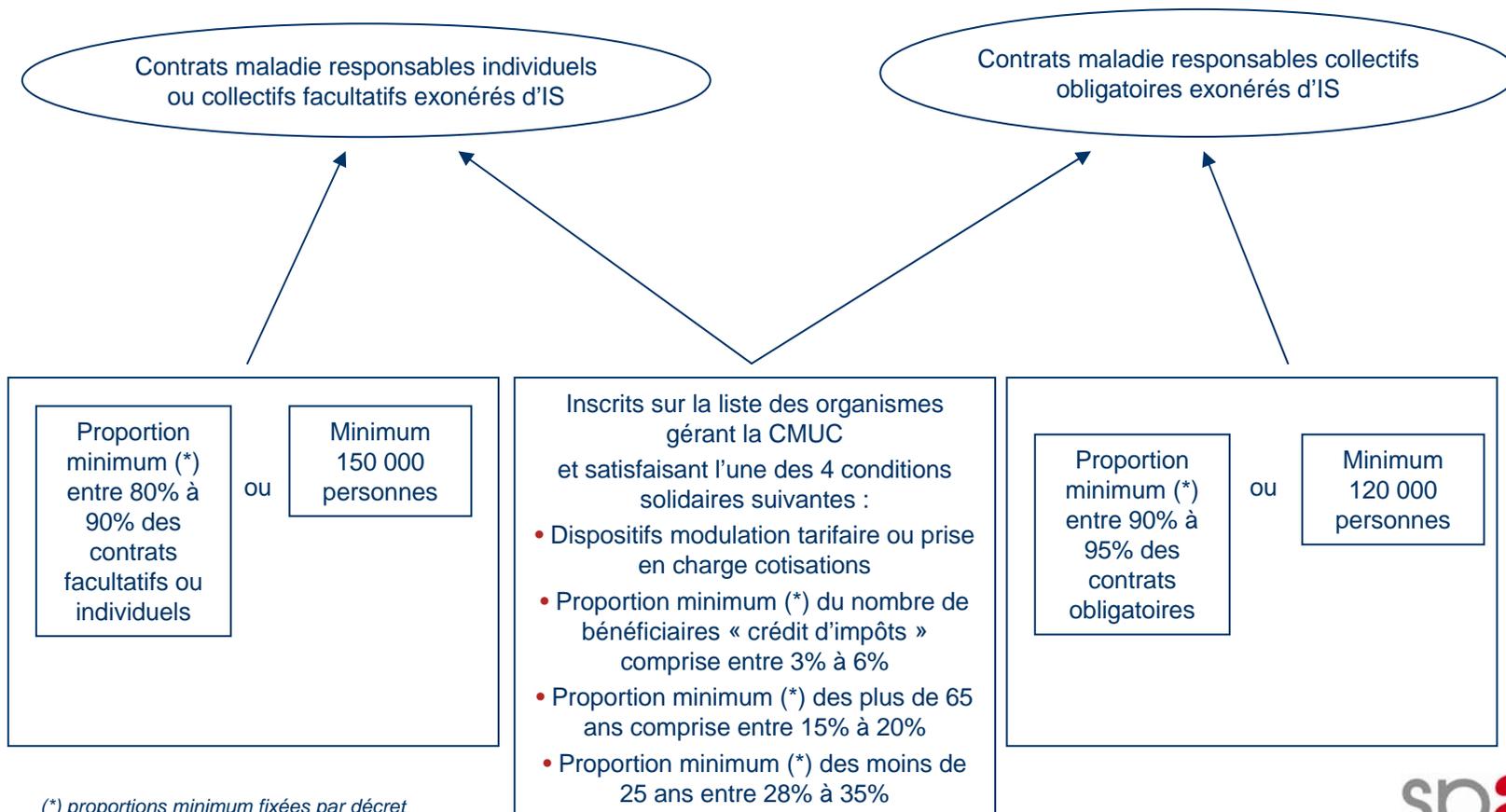
2 – Evolution de la réserve de capitalisation

RAPPEL DU CONTEXTE

- La loi de finances rectificative pour 2006 a modifié les dispositions fiscales applicables en matière d'assurance avec 2 grands objectifs :
 - Harmoniser les fiscalités de l'ensemble des opérateurs (compagnies d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles)
 - Les compagnies d'assurance sont assujetties à l'Impôt sur les Sociétés, ce qui n'est pas le cas des Institutions de Prévoyance et des Mutuelles
 - Favoriser l'accès de tous à une couverture santé complémentaire
 - Avantages fiscaux accordés dans 2 cas spécifiques :
 - Exonération des contrats Frais de santé solidaires et responsables sous réserve que l'organisme respectent certaines conditions
 - Déductibilité élargie pour les dotations aux provisions d'égalisation afférentes aux contrats collectifs obligatoires faisant l'objet d'une désignation

RAPPEL DU CONTEXTE

- Conditions à respecter pour bénéficier de l'exonération des contrats santé solidaires et responsables



(*) proportions minimum fixées par décret

DELAIS DE MISE EN OEUVRE

- La loi de 2006 prévoyait les dispositions suivantes :
 - Fiscalisation progressive à l'IS des Institutions de Prévoyance et des Mutuelles à partir des exercices ouverts le 1er janvier 2008. Le premier exercice de fiscalisation standard est 2014
 - Pendant la période transitoire (2008 – 2013), une partie du résultat imposable vient doter une réserve spéciale de solvabilité (100% en 2008, 90% en 2009, 80% en 2010, 60% en 2011, 40% en 2012 et 20% en 2014). La réserve spéciale fait, a priori, partie des fonds propres
 - Contribution Economique Territoriale (ex taxe professionnelle) mise en œuvre en 2010

SITUATION DEBUT 2011

- S'agissant des avantages accordés (exonération des contrats solidaires et déductibilité des dotations aux provisions d'égalisation), la France a notifié un régime d'aides à la Commission européenne
- Durant la procédure, les dates d'application de ces mesures ont été décalées d'un an chaque année
 - Le dernier report a été prévu par le loi de finances pour 2011 et prévoit une fiscalisation à l'IS à partir de 2012 et à la contribution économique territoriale à partir de 2013
- La Commission européenne a publié ses conclusions le 26 janvier dernier

SITUATION DEBUT 2011

- La Commission a conclu au non-respect de deux des trois conditions posées par le traité, à savoir :
 - Le transfert effectif des avantages aux consommateurs individuels
 - Le caractère non discriminatoire de l'aide
- Les arguments retenus par la Commission sont les suivants :
 - Les forces du marché ne permettront pas de garantir, à elles seules, le transfert effectif des avantages fiscaux vers les consommateurs. De ce fait, les organismes seront largement les bénéficiaires effectifs de ces aides fiscales
 - Certaines conditions imposées pour bénéficier de l'exonération des contrats solidaires, comme le nombre ou le taux minimum de contrats solidaires en portefeuille, risquent d'introduire une discrimination au profit de certains opérateurs historiques comme :
 - Les mutuelles qui sont légalement tenues de n'offrir que ce type de contrats
 - Les institutions de prévoyance, pour la déductibilité des dotations aux provisions d'égalisation en raison de la forte concentration du marché des contrats collectifs éligibles entre leurs mains

LE PROJET DE LOI DE FINANCES RECTIFICATIVE POUR 2011

- Le projet actuel abroge les dispositions déclarées non conformes par la Commission européenne
- Il prévoit une fiscalisation progressive dès 2012 mais l'horizon de fiscalisation à 100% demeure inchangé (2014)
 - Pendant la période transitoire (2012 – 2013), une partie du résultat imposable vient doter la réserve spéciale de solvabilité (60% en 2012 et 40% en 2013)
 - Les provisions non déductibles constituées au 31 décembre 2011 resteraient hors du champ de l'impôt
 - Les modalités de prise en compte de la situation au 31 décembre 2011 devraient faire l'objet d'une circulaire en janvier 2012

CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- L'entrée en fiscalité pourrait conduire les Institutions de prévoyance et les Mutuelles à modifier leurs clauses de participation aux résultats
 - Rappel de la situation actuelle
 - Les contrats significatifs bénéficient souvent d'une clause de participation aux résultats au titre de laquelle un pourcentage du résultat du contrat alimente une réserve appartenant à l'entreprise (transfert en cas de résiliation du contrat). Les déficits sont prélevés sur cette réserve dans la limite de son montant
 - Ces dotations constituent une charge pour l'organisme, tandis que les reprises représentent un produit
 - En l'absence d'assujettissement à l'IS, les écritures s'effectuent en franchise d'impôt mais le code général des impôts encadre les charges déductibles à ce titre

CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- Conditions de déductibilité de la dotation à provision pour égalisation

	Dispositions de la loi
Risques concernés	Décès, incapacité et invalidité
Regroupement de contrats	Les contrats sont regroupés dès lors qu'ils sont consolidés au sein du même compte technique et qu'ils prévoient une même clause de participation aux bénéfices
Dotation annuelle à la provision	Limitée à 75 % du bénéfice technique, net de réassurance
Montant maximum de la provision	Assiette : cotisations nettes d'annulations et de cessions 23 % de l'assiette pour un effectif d'au moins 500 000 assurés 33 % de l'assiette pour un effectif de 100 000 assurés 87 % de l'assiette pour un effectif de 20 000 assurés 100 % de l'assiette pour un effectif de 10 000 assurés au plus
Gestion et reprise de la provision	Elle sert à compenser les résultats techniques déficitaires futurs. Les dotations les plus anciennes sont reprises les premières (Méthode FIFO). Si une dotation n'a pas été prélevée au bout de 10 années, elle est réintégrée au résultat imposable du 11ème exercice suivant sa constitution
Transfert de contrats	Les règles de reprise de la provision continuent à s'appliquer dans les mêmes conditions en cas de transfert auprès d'un autre assureur

CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- En conséquence, les dotations à provision ne respectant pas ces critères ne seraient pas déductible
 - Provision d'égalisation des régimes Frais de santé
 - Dotation supérieure à 75% des excédents pour les régimes Prévoyance
- Il est probable que nombre d'Institutions de prévoyance et de Mutuelles alignent leur clauses de participation sur celles des compagnies d'assurance :
 - Distinction de 2 réserves
 - Une provision d'égalisation respectant strictement les conditions de déductibilité fiscale
 - Une « réserve générale » alimentée par les montants sortant du cadre de la provision d'égalisation
 - Rémunération de la réserve générale sur uniquement les 2/3 de son montant, correspondant à la part après impôt

CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- Illustration
 - Résultat du contrat frais de santé : 100 000 €
 - Participation bénéficiaire de 90%
 - Charge comptable pour l'organisme : 90 000 €
 - Cette charge n'est pas admise en déduction fiscale. L'organisme va donc payer un impôt de $90\,000 \times 33\frac{1}{3}\% = 30\,000$ €
 - L'organisme aura donc distribué 90 000 € au travers de la clause de participation alors qu'elle ne disposera après IS que de 60 000 € de placement
 - La reprise de la réserve ainsi constituée n'est pas soumise à l'IS, ce qui assure la neutralité fiscale du mécanisme
 - En cas de transfert, la charge correspondant au montant transféré est admise en déduction
 - En revanche, les produits financiers distribués sur la réserve ne sont pas déductibles, d'où le principe d'une rémunération sur une assiette abattue de 33 1/3%

CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- Prise en compte de la période transitoire pour les provisions non déductibles
 - Les abattements par rapport au taux de 33 1/3% dont bénéficieront les produits financiers réalisés en 2012 et 2013 pourraient être portés au crédit des comptes de participation
 - Calcul des produits financiers sur une assiette de 86,7% en 2012, puis de 80% en 2013 avant l'application pleine de la clause à 66,7%
 - Selon les orientations actuelles en matière de transition (à confirmer), les organismes constateraient un gain fiscal lié à une déductibilité des déficits futurs sans imposition (ou avec une imposition minorée pour 2012 et 2013) des reprises de provision existante, ce qui pourrait permettre de négocier un maintien temporaire des clauses actuelles lorsque des réserves significatives existeront fin 2011
- Conséquences indirectes
 - Baisse du taux de couverture de la marge de solvabilité des organismes du fait d'un impact négatif sur les résultats futurs
 - Impôt dû
 - Investissements nécessaires

SOMMAIRE



1 – Fiscalisation des Institutions de prévoyance et des Mutuelles

2 – Evolution de la réserve de capitalisation

PRINCIPE

- La réserve de capitalisation est un mécanisme qui permet de lisser la prise en compte des plus et moins-values obligataires dans le résultat financier des organismes d'assurance
 - Tous les organismes sont concernés, donc y compris les compagnies d'assurance
- La perspective du futur dispositif prudentiel Solvabilité 2 a conduit le législateur à proposer une évolution de la réserve de capitalisation
- A ce jour, des projets de décret et d'arrêté envisagent la suppression de ce mécanisme pour les opérations non vie

CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- Cette suppression pourrait conduire à une volatilité accrue des taux de rendement financier distribués par les organismes sur les contrats Frais de santé et Incapacité / Invalidité
 - Avec un risque de dégradation du résultat à court terme dans un contexte où le risque de remontée des taux d'intérêt est significatif
 - Minorée par la prise en compte de l'impôt

**LES CRITERES OBJECTIFS
POUR LA DEFINITION DU CARACTERE
COLLECTIF ET OBLIGATOIRE**

RAPPEL DES MESURES A CE JOUR

- La Loi FILLON de 2003 impose que les régimes complémentaires soient collectifs et obligatoires pour bénéficier des avantages de déductibilité fiscale et sociale. Les notions « collectif » et « obligatoire » ne sont pas définies
- De 2005 à 2011, diverses circulaires de la Sécurité sociale viennent définir et/ou modifier les conditions d'exonération liées au caractère collectif et obligatoire
- En 2010, la circulaire de 2009 est remise en cause par un jugement
- Fin 2010, la LFSS 2011 modifie le texte légal et prévoit qu'il soit complété par un décret devant préciser les critères objectifs permettant de conserver le caractère collectif lorsque le régime est ouvert à une partie seulement du personnel

...Dans un contexte de jurisprudences ayant trait à l'égalité de traitement

RAPPEL DES MESURES A CE JOUR

- Art L 242-1 CSS alinéa 6 : « Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit¹ par les organismes lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat. »
- Plusieurs projets de décrets depuis Avril 2011
 - Un report probable de la publication en 2012
 - Des conditions à respecter a priori au plus tard le 1^{er} janvier 2014
- Quid des régimes Cadres / non cadres ?
- Des conditions différentes en fonction de la garantie (retraite, incapacité-invalidité, décès, frais de santé) ?
- Comment justifier que des catégories établies permettent de couvrir tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des garanties concernée ?
- ...

¹ Un rescrit fiscal du 2 août 2011 traite de la déductibilité fiscale des cotisations

ANNEXES

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

Article 1

Après l'article R. 242-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré cinq articles ainsi rédigés :

« *Art. R. 242-1-1.* - Pour le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1, les garanties mentionnées au même alinéa prévues par un ou plusieurs dispositifs mis en place conformément aux procédures mentionnées à l'article L. 911-1

doivent couvrir l'ensemble des salariés ou une ou plusieurs catégories de salariés établies à partir de critères objectifs.

Lorsque les garanties ne s'appliquent qu'à une ou plusieurs catégories de salariés, celles-ci doivent être établies à partir des critères ci-dessous sous réserve qu'elles permettent dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-2 de couvrir tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des garanties concernées :

1° l'appartenance aux catégories de cadres définies par référence à la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 en ses articles 4 et 4bis ainsi qu'à l'annexe I de cette convention en son article 36 ou au 2° alinéa de l'article L. 3111-2 du code du travail ;

2° l'appartenance aux catégories et classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail ;

3° les tranches de rémunérations fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite issus de la convention nationale mentionnée au 1° ou de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 ;

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

4° le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions ou les accords mentionnés au 2° ;

5° l'appartenance aux catégories et classifications professionnelles définies par les conventions ou accords d'entreprise ou d'établissement mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail ;

6° les usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession dès lors que les catégories qui en sont issues sont déterminées à partir de critères non restrictifs et clairement définis ;

Les catégories établies à partir des critères mentionnés aux 5° et 6° ne peuvent être définies en fonction du temps de travail, de la nature du contrat, de l'âge ou de l'ancienneté des salariés.

« Art. R. 242-1-2. Sont présumées couvrir l'ensemble des salariés placés dans une situation identique au regard des garanties mises en place :

- les prestations de retraite supplémentaire bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° à 4° de l'article R. 242-1-1 ;
- les prestations destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès lorsque ce dernier est associé à au moins un des trois risques précédents ainsi que la perte de revenus en cas de maladie ou maternité bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 3° du même article ;

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

- les prestations destinées à couvrir le risque de décès prévues par les dispositions de l'article 7 de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres mentionnée au 1° de l'article R. 242-1-1 ;
- les prestations destinées à couvrir des frais de santé bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 3° du même article sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts.

Dans les autres cas où les garanties ne couvrent pas l'ensemble des salariés de l'entreprise, l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégories établies permettent de couvrir tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

La faculté de ne réserver l'accès aux garanties qu'aux salariés de plus de 12 mois d'ancienneté pour les prestations de retraite supplémentaire et les prestations destinées à couvrir des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, et aux salariés de plus de 6 mois d'ancienneté pour les autres prestations, ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

« Art. R. 242-1-3.- Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 doivent être les mêmes pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens du deuxième alinéa du même article, sous réserve des cas suivants :

- la possibilité peut être offerte aux salariés de choisir de souscrire pour lui-même ou ses ayants droit à des garanties supplémentaires ;
- pour les prestations de prévoyance complémentaire, des garanties plus favorables peuvent être prévues au bénéfice de certains salariés en fonction des conditions d'exercice de leur activité.

« Art. R. 242-1-4.- Les contributions de l'employeur mentionnées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens du deuxième alinéa de l'article R. 242-1-1.

Ces contributions peuvent également bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations dans les cas suivants :

- la prise en charge par l'employeur de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que cette absence de prise en charge conduirait lesdits salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- la modulation par l'employeur des contributions relatives à la couverture des garanties de prévoyance complémentaire en fonction de la composition du foyer du salarié ;

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

- en matière de prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'incapacité la mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération dans la mesure où cette progression est également appliquée aux contributions des salariés ;
- la majoration desdites contributions en cas de surcotisation effectuée par les salariés à titre personnel au-delà du niveau collectif prévu en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 242-1-3 sans que la part de ces contributions correspondant à cette majoration ne bénéficie de l'exclusion de l'assiette des cotisations.

« Art. R. 242-1-5.- Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion au choix du salarié prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous :

1° lorsque l'acte juridique prévoit le cas de dispense des salariés embauchés avant la décision unilatérale lorsque le dispositif de garanties a été mis en place par décision unilatérale de l'employeur dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 ;

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

2° lorsque l'acte juridique prévoit les cas de dispense quelle que soit leur date d'embauche :

- des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;

lorsque le dispositif a été mis en place par convention, accord collectif ou ratification à la majorité des intéressés dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 ;

3° lorsque l'acte juridique prévoit les cas de dispense quelle que soit leur date d'embauche :

- des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 et des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

- à condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant des sixième à huitième alinéas de l'article L. 242-1, du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou d'un contrat d'assurance de groupe issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;

lorsque le dispositif de prévoyance complémentaire a été mis en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Décret n° du ... relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et pris pour l'application de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale

Article 2

Les contributions mentionnées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui bénéficiaient, à la date de publication du présent décret, de l'exclusion de l'assiette des cotisations en application des dispositions antérieures à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 susvisée et qui ne remplissent pas les conditions fixées par les dispositions des articles R. 242-1-1 à R. 242-1-5 issus du présent décret continuent d'en bénéficier jusqu'au 31 décembre 2013.

Article 3

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement et le ministre des solidarités et de la cohésion sociale, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.