

**CERCLE DES PYRAMIDES**  
***ACTUALITES DE LA PROTECTION SOCIALE***

***Geneviève BERAUD-GRAVILLON***  
***Pascal MARON***  
***SPAC Actuares***

***Bruno SERIZAY***  
***CAPSTAN***

**Novembre 2012**

## SOMMAIRE

- Décret relatif au caractère collectif et obligatoire Page 3
- Obligation des contrats responsables Page 20
- Fiscalisation des mutuelles et institutions de prévoyance Page 24
- Mesures relatives à la prévoyance Page 34
- Perspectives 2013 Page 44
- Autres points réglementaires Page 54
- Annexes

## **DÉCRET RELATIF AU CARACTERE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE**

**Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012**

## 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 sont venues définir et/ou modifier les conditions d'exonération liées au caractère collectif et obligatoire
- En 2010, la circulaire de 2009 a été 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
- 11 janvier 2012 : parution du décret relatif aux caractères collectifs et obligatoires (création de 6 articles précisant le R242-1 du code de la Sécurité sociale)
  - ➔ **Entrée en vigueur le lendemain de la publication**
  - ➔ **Exonération jusqu'au 31 décembre 2013 pour les contrats en bénéficiant auparavant**

## LE CARACTERE COLLECTIF

### Catégories objectives :

« 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, qu'elles soient prévues par un ou par plusieurs dispositifs mis en place conformément aux procédures mentionnées à l'article L. 911-1, doivent couvrir l'ensemble des salariés.

« Ces garanties peuvent également ne couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sous réserve que ces catégories permettent, dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-2, de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées. Une catégorie est définie à partir des critères objectifs suivants :

« 1° L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;

« 2° 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 ;

« 3° 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 ;

« 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 3° ;

« 5° L'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession ;

« Ces catégories ne peuvent en aucun cas être définies en fonction du temps de travail, de la nature du contrat, de l'âge ou, sous réserve du dernier alinéa de l'article R. 242-1-2, de l'ancienneté des salariés.

## LE CARACTERE COLLECTIF

### Catégories objectives :

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

« 1° Les prestations de retraite supplémentaire bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° à 3° de l'article R. 242-1-1 ;

« 2° 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 ;

« 3° 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, ou la perte de revenus en cas de maternité, bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article ainsi que, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts, au 3° du même article ;

« 4° Les prestations destinées à couvrir des frais de santé ou une perte de revenu en cas de maladie, qui bénéficient à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts.

« Dans tous 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 à partir des critères objectifs mentionnés à l'article R. 242-1-1 permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

« Le fait de prévoir que l'accès aux garanties est réservé aux salariés de plus de douze 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 six mois d'ancienneté pour les autres prestations, ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

## LE CARACTERE COLLECTIF

### Catégories objectives :

- Les garanties prévues par un ou par plusieurs dispositifs doivent couvrir l'ensemble des salariés. Ces garanties peuvent également ne couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sous réserve que ces catégories permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées
- Par exception, possibilité de limiter les catégories couvertes à partir de « critères » : cf. tableau page suivante
  - Pas de catégories liées au temps de travail,
  - à la nature du contrat,
  - à l'âge
  - ou à l'ancienneté (sauf dérogations reprises dans le tableau)

## LE CARACTERE COLLECTIF

Critères permettant de définir une catégorie objective	Retraite	Prévoyance	Décès	Santé
Cadres et non cadres au sens de la CCN des cadres de 1947 art 4, 4bis et 36 de l'annexe 1	Oui	Oui	Oui (uniquement pour le 1,50% tranche A de la CCN des cadres)	Oui (si l'ensemble des salariés sont couverts/plusieurs dispositifs)
Catégories par tranches de rémunération Agirc Arrco	Oui	Oui	(*)	Oui (si l'ensemble des salariés sont couverts/ plusieurs dispositifs)
Catégories et classifications CCN et accords professionnels ou interprofessionnels	Oui	Oui (si l'ensemble des salariés sont couverts / plusieurs dispositifs)	(*)	(*)
Catégories définies en fonction du niveau de responsabilité, du type de fonction ou de l'autonomie au regard des CCN ou accords professionnels ou interprofessionnels	(*)			
Usages en vigueur dans la profession				
Ancienneté qui n'excède pas 12 mois	Oui	Oui	Oui	
Ancienneté qui n'excède pas 6 mois				Oui

(\*) L'employeur doit justifier que tous les salariés placés dans une situation identique au regard des garanties concernées sont couverts

## LE CARACTERE COLLECTIF

### Identité des garanties :

« 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 même article.

« Pour les prestations de prévoyance complémentaire, le fait de prévoir des garanties plus favorables au bénéfice de certains salariés en fonction des conditions d'exercice de leur activité ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

- Les garanties, qu'elles soient prévues par un ou plusieurs dispositifs (chacun étant mis en place selon la procédure exigée), doivent couvrir l'ensemble des salariés
- Elles doivent être identiques par catégories objectives
  - Possibilité d'avoir des garanties plus favorables en fonction des conditions d'exercice pour les prestations de prévoyance complémentaire

## LE CARACTERE COLLECTIF

### Participation de l'employeur :

« Art. R. 242-1-4. – Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette, 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 de l'article R. 242-1-1, sauf dans les cas suivants :

« 1° La prise en charge par l'employeur de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

« 2° 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 ;

« 3° En matière de prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude, 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.

- Taux ou montant uniforme par catégorie objective sauf exceptions
  - Quid d'une participation de l'employeur différente selon les tranches de salaires ?

## LE CARACTERE COLLECTIF

### Participation de l'employeur :

« Art. R. 242-1-5. – Ni le fait de prévoir la possibilité pour les salariés de choisir de souscrire pour eux-mêmes ou leurs ayants droit des garanties supplémentaires ni la majoration des contributions de l'employeur en cas de surcotisation effectuée par les salariés au titre de ces garanties supplémentaires ne remettent en cause le caractère collectif de ces garanties.

« Dans ce cas, la part des contributions de l'employeur correspondant à cette majoration ne bénéficie pas de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1.

- Si des garanties supplémentaires sont souscrites, possibilité pour l'employeur de contribuer à la cotisation. Dans ce cas, la contribution complémentaire ne bénéficie pas des exonérations

## LE CARACTERE OBLIGATOIRE

« Art. R. 242-1-6. – 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 les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

« 2° Lorsque les garanties ont été mises en place par convention, accord collectif ou ratification à la majorité des intéressés, dans les conditions fixées à l'article L. 911-1, et que le dispositif prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

« a) 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 ;

« b) 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 ;

« c) 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 ;

« 3° Dans les cas où les garanties de prévoyance complémentaire ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et où l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

« a) 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 ;

« b) A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

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

## LE CARACTERE OBLIGATOIRE

- Les exceptions à l'adhésion du salarié qui peuvent être prévues explicitement dans l'acte de mise en œuvre du régime : cf. tableau page suivante
- Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés (et les justificatifs le cas échéant)

## LE CARACTERE OBLIGATOIRE

		Justificatif	Acte de mise en œuvre		
			Décision unilatérale	Accord collectif	Referendum
	Embauchés avant la mise en place du régime	Demande	oui		
	Temps partiel pour lesquels la cotisation (part salariale) représente 10% ou plus de la rémunération brute	Demande		oui	oui
	CDD ou apprentis "< 12 mois"	Demande		oui	oui
Salariés déjà couverts par ailleurs	CDD ou apprentis ">= 12 mois" couverts par ailleurs	Demande + tous documents d'une couverture individuelle - même type de garantie		oui	oui
	Bénéficiaires de la CMU ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	Demande	oui	oui	oui
	Salariés couverts par une assurance individuelle <i>jusqu'à l'échéance suivante du contrat individuel</i>	Demande	oui	oui	oui
	Salariés bénéficiant par ailleurs, <b>y compris en qualité d'ayants droit</b> , de l'un des dispositifs : <i>contrat collectif obligatoire</i> <i>régime Alsace-Moselle</i> <i>régime des IEG</i> <i>contrat avec participation de l'Etat</i> <i>contrat avec participation d'une collectivité territoriale</i>	Demande + justificatifs annuels	oui	oui	oui

Précision pour les trois derniers cas (salariés couverts par ailleurs hors CDD et apprentis > 12 mois) : *L'acte de mise en place du régime doit prévoir les cas de dispense*

## REMARQUES

- Les anciennes circulaires (antérieures au décret) prévoyaient que si le système couvrait les ayants droit à titre obligatoire, alors un des deux membres d'un couple pouvait n'être affilié qu'en qualité d'ayant droit (l'autre étant affilié en propre). Le terme du couple étant employé, la disposition antérieure pouvait a priori s'appliquer tant aux mariés qu'aux pacsés et aux concubins.
- Mais cette disposition n'est pas reprise à ce stade par le nouveau décret

## CONSEQUENCES DES NOUVELLES DISPENSES

- Le possibilité de dispenser les CDD dans le cadre d'une décision unilatérale n'existe plus
  - Si une entreprise est dans cette situation, elle doit donc revoir les actes de mise en œuvre avant le 31/12/2013
- Les cas de dispenses pour les salariés couverts par ailleurs par un contrat précisé par l'arrêté du 26 mars 2012 ne peuvent a priori pas faire l'objet d'une « sélection » selon le cas :
  - Accorder la dispense pour les salariés à emplois multiples et pas aux salariés bénéficiant du régime obligatoire de leur conjoint n'est a priori pas possible
- Les justificatifs doivent être disponibles à tout moment :
  - Nécessité pour l'entreprise de gérer ces justificatifs parfois annuellement

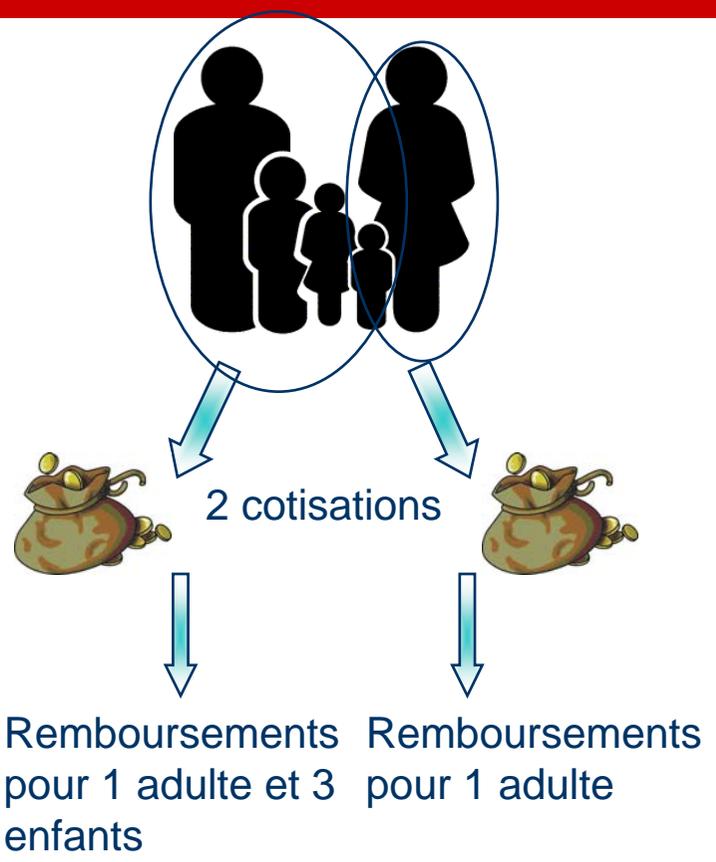
## EFFET DES NOUVELLES DISPENSES

- Effet possible sur des régimes à cotisation familiale
  - Exemple 1 :
    - Une entreprise « A » a mis en place un régime obligatoire assurant l'ensemble de la famille du salarié (conjoint et enfants). La cotisation est une cotisation unique quelle que soit la composition familiale
    - Une partie des conjoints travaille et bénéficie d'une couverture santé obligatoire
    - Certains de ces conjoints utilisent en priorité leur régime (ainsi qu'une partie des enfants voire des salariés)
  - Si le régime du conjoint prévoit une dispense lors de la mise en place d'un régime, le conjoint pourra être dispensé de cotiser sur son entreprise et utilisera alors pleinement le régime de l'entreprise « A ».
    - Augmentation de la charge de famille par cotisant pour l'entreprise « A »
    - Hausse des prestations
    - Hausse des cotisations

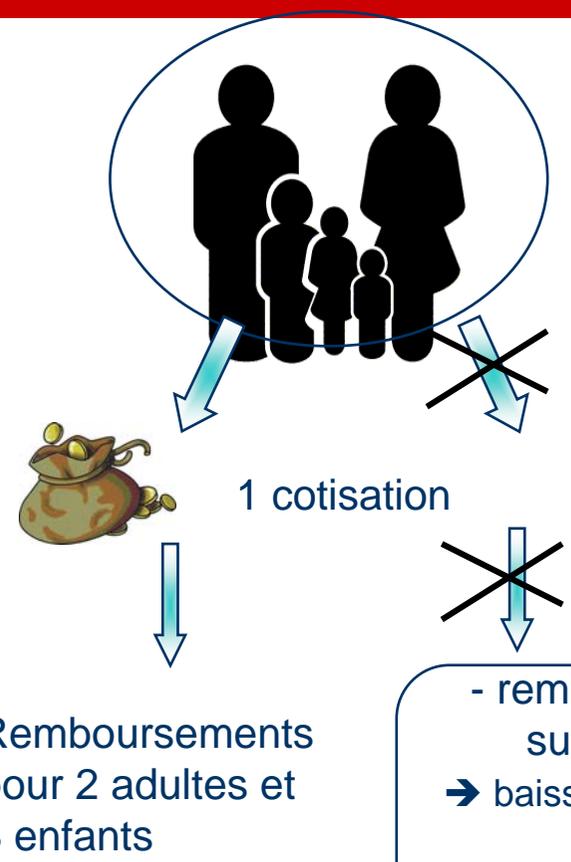
## EFFET DES NOUVELLES DISPENSES

- Effet possible sur des régimes à cotisation familiale (suite)
  - Exemple 2 :
    - Une entreprise « A » met en place un régime obligatoire assurant l'ensemble de la famille du salarié (conjoint et enfants). Une dispense est prévue pour les salariés couverts par ailleurs dans les conditions du décret
    - Une partie des salariés demandera à être dispensée lorsque, notamment, le régime de leur conjoint les couvrira à titre obligatoire
    - La consommation de ces salariés devrait en moyenne être inférieure à la consommation moyenne des salariés de l'entreprise « A »
      - Baisse des prestations totales du régime
        - Baisse de la charge pour l'employeur
      - Hausse possible de la consommation moyenne par salarié
        - Hausse de la cotisation unitaire
        - Hausse de la cotisation pour les salariés couverts
  - En cas de mises en place fréquentes de ces dispenses, transfert possible des familles vers :
    - Les régimes offrant les meilleures garanties
    - Les régimes les mieux financés par les employeurs

# ILLUSTRATION DES EFFETS DES NOUVELLES DISPENSES



Effet minorant  
les bénéficiaires par régime  
donc les cotisations d'équilibre



+ remboursement / famille  
→ augmentation  
des cotisations

- remboursements  
sur le régime  
→ baisse des cotisations  
totales  
→ Hausse possible de la  
cotisation unitaire

## OBLIGATIONS DES CONTRATS RESPONSABLES

## NOUVEAUX CRITERES DES CONTRATS RESPONSABLES

- Rappels :
  - Pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales, le contrat doit être responsable
    - Non prise en charge de certains forfaits,
    - Respect du parcours de soin,
    - Prévention
  - Taxe de 7% sur les complémentaires santé responsables : applicable depuis octobre 2011 (9% sur les contrats non responsables), à laquelle s'ajoute la TSA (taxe de solidarité additionnelle) de 6,27% (qui remplace la CMU à partir du 1er janvier 2011)

## NOUVEAUX CRITERES DES CONTRATS RESPONSABLES

- Evolution des conditions à respecter par les complémentaires santé responsables
  - a) Obligation pour les organismes assureurs de communiquer clairement aux assurés les frais (gestion technique, acquisition, ...) des contrats complémentaires santé. L'arrêté d'application du 17 avril 2012 précise les modalités :
    - Pour les contrats individuels, sur l'avis d'échéance annuel de prime
    - Pour les contrats collectifs mis en œuvre par accord collectif, référendum, décision unilatérale : document écrit adressé chaque année (ou dans le rapport sur les comptes)
  - Cette obligation est reportée à 2014 (par arrêté du 26 septembre 2012)

## NOUVEAUX CRITERES DES CONTRATS RESPONSABLES

b) Obligation (fixée par le décret n°2012-386 du 21 mars 2012) de prendre en charge (à *partir du 23 mars 2012 pour les nouveaux régimes et lors du prochain renouvellement pour les contrats en vigueur*), les dépassements d'honoraires des tarifs des actes et consultations de médecins exerçant à titre libéral une **spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation**

- Ces médecins adhèrent à l'option de coordination prévue à l'article 36 de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011 (environ 1% des médecins en 2011 !)
- Le taux maximum du dépassement d'honoraires est fixé à **50% du tarif de l'acte par un arrêté du 21 mars 2012**

→ Abrogation proposée par le PLFSS 2013 (article 42)

## FISCALISATION DES MUTUELLES ET DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE

## 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
- La loi de 2006 prévoyait une 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

## 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 2011 et 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

## LA LOI DE FINANCES RECTIFICATIVE POUR 2011

- La loi 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

## 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
- A priori, aucune instruction fiscale ne sera publiée ce qui pourra accentuer les divergences de point de vue entre les organismes

## CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- Conditions de déductibilité de la dotation à provision pour égalisation

	Dispositions de la loi
<b>Risques concernés</b>	Décès, incapacité et invalidité
<b>Regroupement de contrats</b>	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
<b>Dotation annuelle à la provision</b>	Limitée à 75 % du bénéfice technique, net de réassurance
<b>Montant maximum de la provision</b>	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
<b>Gestion et reprise de la provision</b>	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
<b>Transfert de contrats</b>	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 déductibles
  - Provision d'égalisation des régimes Frais de santé
  - Dotation supérieure à 75% des excédents pour les régimes Prévoyance
- Certaines Institutions de prévoyance et Mutuelles souhaitent faire évoluer leurs clauses de participation aux résultats afin d'intégrer cette dimension fiscale
  - En pratique, la plupart 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
    - L'ordre proposé de prélèvement des déficits est variable

## 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
    - D'où le principe d'une rémunération sur une assiette abattue de 33 1/3%
  - La reprise de la réserve ainsi constituée n'est pas soumise à l'IS, ce qui assure la neutralité fiscale du mécanisme
  - Les produits financiers distribués sur la réserve ne sont pas déductibles
  - En cas de transfert, la charge correspondant au montant transféré est admise en déduction

## CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- Au-delà, l'entrée en fiscalité soulève diverses questions sur lesquelles les positions observées à ce jour sont variables
  - Traitement des réserves constituées au 31 décembre 2011
    - Traitement distinct des provisions futures ou non
    - Utilisation de l'éventuelle distinction préexistante entre provision d'égalisation (PE) et réserve générale ou reconstitution d'une PE sur les 10 dernières années
      - Dépassement du plafond par rapport aux cotisations
      - Prise en compte de la règle des 10 ans
        - A priori, non imposition des reprises liées à des dotations constituées avant l'entrée en fiscalité
      - Utilisation de la PE en dehors de la variation de sinistralité (réforme des retraites, taux d'appel, ...)
    - Rémunération avec ou sans abattement fiscal
      - A priori, portage de l'impôt sur les produits financiers afférents et donc pas d'abattement
      - Le transfert des réserves suite à résiliation du contrat pourrait remettre en cause cette situation, le nouvel organisme ne pouvant déduire la dotation résultant du transfert
  - Evolution des méthodes de provisionnement afin de garantir leur déductibilité fiscale
    - Exigence accrue de documentation / justification des méthodes retenues

## CONSEQUENCES POUR L'ENTREPRISE

- Au-delà, l'entrée en fiscalité soulève diverses questions sur lesquelles les positions observées à ce jour sont variables
  - Prise en compte de la période transitoire
    - A ce stade, peu de proposition pour intégrer spécifiquement la progressivité de l'entrée en fiscalité
  - Mise en place d'une Provision pour Participation aux Excédents (PPE) qui permet de contourner le seuil des 75% en prévoyance
    - Il s'agit a priori d'une provision réglementaire globale ne concernant que les opérations vie
    - La couverture de déficits futurs ne fait pas partie, stricto sensu, de son objet
      - Son objet est de permettre le lissage, sur 8 ans, de la distribution des bénéfices aux assurés
  - Majoration du rendement financier du fait de la disparition des impôts forfaitaires sur revenus financiers qui étaient souvent intégrés dans le calcul du rendement financier
  - Baisse du taux de couverture de la marge de solvabilité des organismes du fait d'un impact négatif sur les résultats futurs

## LES MESURES IMPACTANT LA PREVOYANCE

### Retour sur la réforme des retraites

### La réforme du calcul des indemnités journalières de l'assurance maladie

## 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<sup>ème</sup> semestre 1951
  - Les provisions peuvent être par la suite constituées sur une période de 5 ans selon une progression au moins linéaire, y compris pour les arrêts des survenances 2011 à 2015

## 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

2 ans après la réforme, une position de marché davantage tournée vers le transfert des provisions

## LE COUT DE LA REFORME DES RETRAITES POUR LA PREVOYANCE

- Le montant des provisions supplémentaires à financer représente environ 20% du montant des provisions d'invalidité et d'invalidité en attente
- Pour les exercices à compter de 2011, une hausse de la charge souvent comprise entre 9% et 11%
- Des situations très diverses qui conduisent fréquemment à une hausse de la charge sur les 5 premières années de plus de 20%
- Un risque plus élevé en décès comme en arrêt de travail pour les actifs de plus de 60 ans
  
- Les organismes ont souvent répercuté une hausse des cotisations liée à l'arrêt de travail d'environ 15%, dès 2011 ou en 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<sup>ère</sup> 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 fait depuis le 1<sup>er</sup> 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

## LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE

- Les mesures mises en place au 1er janvier 2012 :
  - L'indemnité journalière versée au titre de l'assurance maladie était limitée à 50 % du plafond de la sécurité sociale (18 186 € par an)
  - Le montant maximal de l'indemnité journalière est passé à 1,8 SMIC (15 397 € par an), soit une baisse de près de 3 000 € par an pour les salaires supérieurs au plafond de la Sécurité sociale
  - Concerne les arrêts de travail ayant débuté à partir du 1er janvier 2012 (pas d'effet sur les arrêts de travail en cours fin 2011)
  - Concerne les salariés relevant du régime général, du régime agricole et les artistes-auteurs rattachés au régime général
  - N'affecte pas le calcul des IJ Maternité, le capital décès ou l'accident de travail-maladie professionnelle

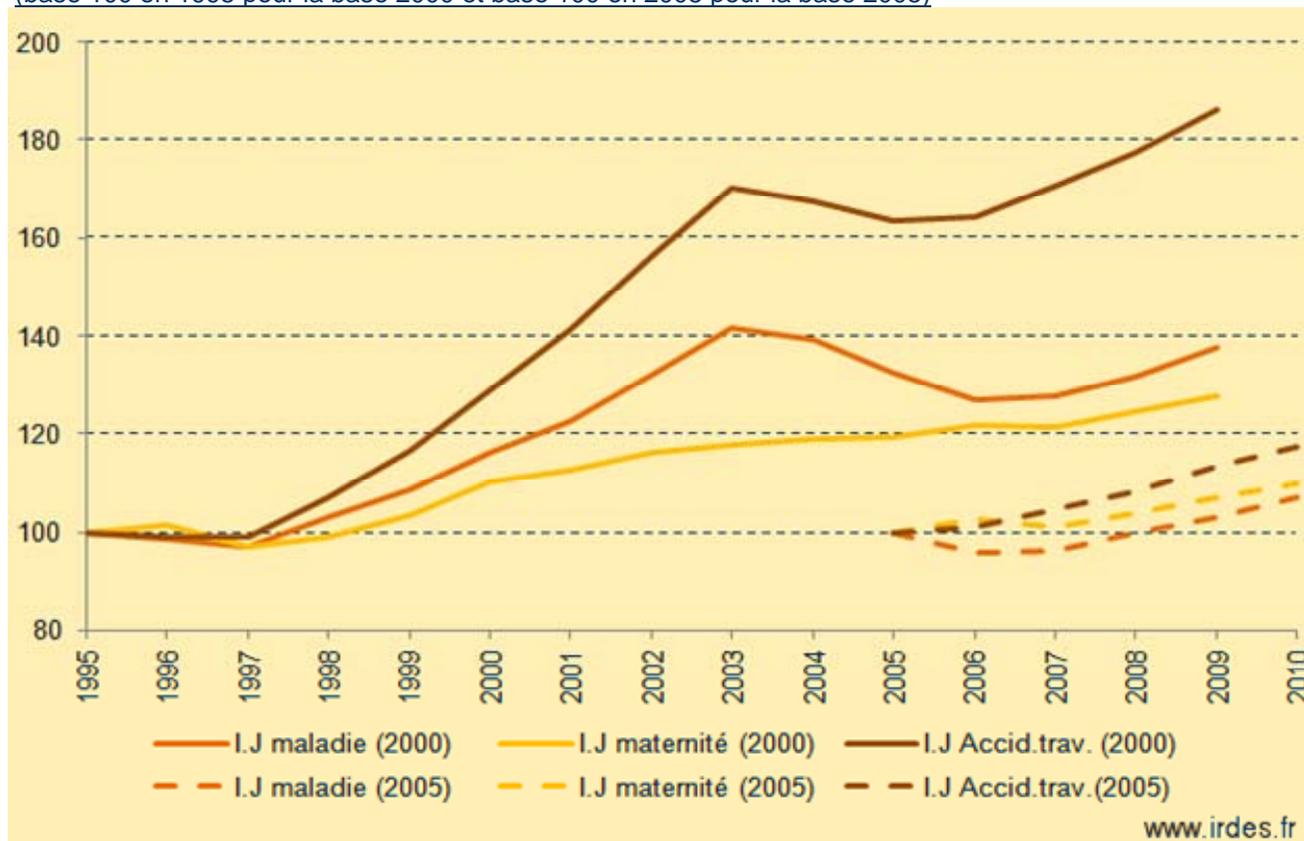
## LE PLAFONNEMENT DES IJ DE LA SECURITE SOCIALE (Suite)

- Une charge supérieure pour les entreprises au titre du maintien de salaire
- Au-delà :
  - Pour les garanties définies en complément de la Sécurité sociale (ex : 30% TA 80% TB), baisse de ressource pour les salariés
  - Pour les garanties définies sous déduction de la Sécurité sociale (ex : 80% TATB – Ss), charge supplémentaire pour le régime de prévoyance
- Une charge supplémentaire pour les régimes très variable selon le niveau des garanties et les catégories de salariés couverts. En moyenne, une hausse de la charge de l'ordre de 3% en arrêt de travail

## LES IJ VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE

- Une forte évolution des IJ versées par la Sécurité sociale (stabilisation courant 2012, notamment du fait des réformes présentées)

Evolution des différentes dépenses d'indemnités journalières de 1995 à 2010  
(base 100 en 1995 pour la base 2000 et base 100 en 2005 pour la base 2005)



## LES EVOLUTIONS EN PREVOYANCE

- 3 réformes successives
  - Une hausse du nombre des arrêts de travail
- Certains organismes envisagent des majorations des cotisations prévoyance pour 2013

## PERSPECTIVES 2013

## POINT SUR LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

- Juillet 2012 : l'Assurance Maladie, à la demande du Gouvernement, ouvre des négociations avec les syndicats de médecins et les organismes complémentaires
- Contraintes par la Loi en cas d'échec des négociations
- Fin des négociations le 23 octobre : Un accord sans les organismes complémentaires
- Signature le 25 octobre de l'accord par une partie des syndicats de médecins et une partie des organismes complémentaires

### Rappels :

- Secteur 1 : pas de dépassements d'honoraires
- Secteur 2 : dépassements d'honoraires autorisés avec « tact et mesure »

## POINT SUR LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

### Les termes de « l'accord »

- Revalorisation du tarif conventionnel Secteur 1 et Secteur 2 adhérent au contrat d'accès au soins
  - Hausse des tarifs de certains actes techniques (progressif à compter de juillet 2013)
  - Forfait médecin traitant de 5 € (1<sup>er</sup> avril 2013)
  - Forfait de 5 € par consultation pour patients très âgés (85 ans au 1/7/2013 puis 80 ans au 1/7/2014)
  - + 5 € par consultation pour les pédiatres pour les grands prématurés et les maladies congénitales graves
- L'Assurance Maladie souhaitait fixer un plafond de dépassement de 150% du tarif remboursé par la Sécurité sociale (70 € pour une consultation de spécialiste secteur 2<sup>1</sup>). Ce plafond est au final un « repère » qui pourra faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées
- Contrat d'accès aux soins pour les médecins du secteur 2
  - Au moins un tiers des consultations sans dépassements
  - Pas de dépassements pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'Aide à la Complémentaire Santé
  - Limitation des dépassements (100% du tarif conventionnel)
  - Exonération de charges pour les médecins
  - Revalorisation du tarif (alignement sur secteur 1)
- Incitation des organismes complémentaires à prendre en charge les dépassements dans le cadre du contrat de soins
  - Prise en charge par les organismes complémentaires d'une partie des coûts liée à la revalorisation du tarif conventionnel

<sup>1</sup>Dans le cadre du parcours de soins

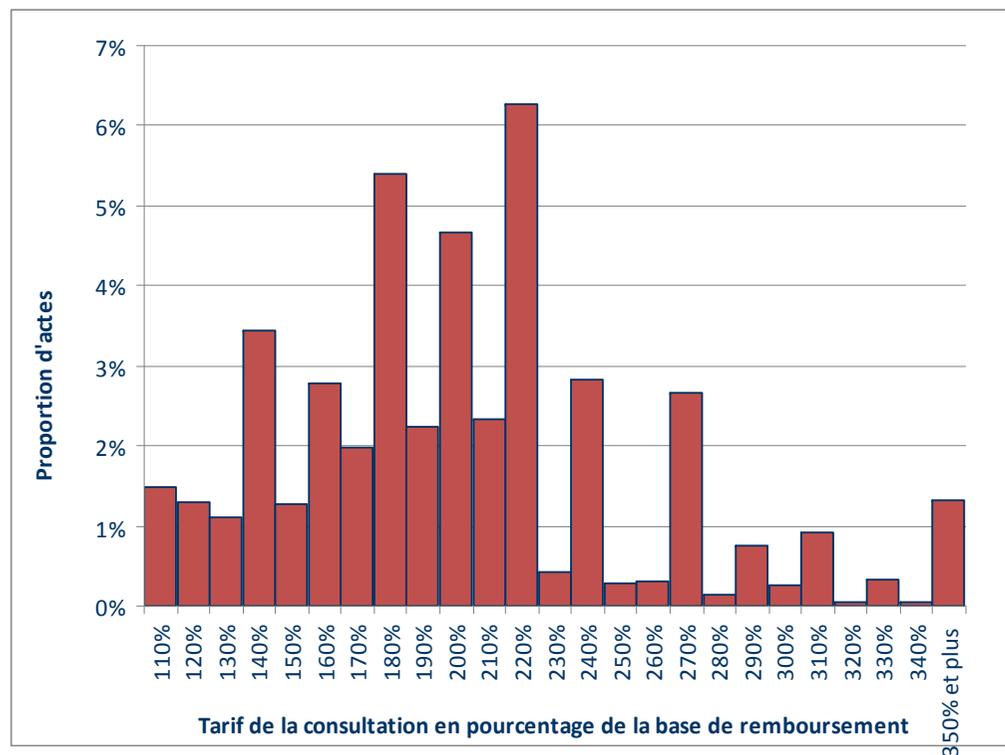
## EXEMPLES DE TARIFS CONVENTIONNELS

	Secteur 1		Secteur 2
	Médecin traitant	Médecin correspondant <sup>1</sup>	
Généraliste	23 €	26 €	23 €
Spécialiste	25 €	28 €	23 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue	39,70 €	43,70 €	37 €
Cardiologue		49 €	45,73 €

<sup>1</sup>Sur avis médecin traitant ou en accès direct autorisé

## EXEMPLES DE DEPASSEMENTS SUR 2011

- 360 000 consultations de spécialistes sur toute la France<sup>1</sup>



- 55% des consultations au tarif conventionnel
- Environ 2% des spécialistes au-delà de 70€

<sup>1</sup> Données issues d'un portefeuille de salariés couverts à titre collectif

## LES MESURES ENVISAGEES POUR 2013

### Des mesures d'économie

- Le plan prévoit une économie de 2,4 milliards d'euros dans les domaines de la médecine de ville, des hôpitaux et des médicaments dont :
  - Des baisses tarifaires sur les médicaments princeps et génériques (pour 530 millions d'euros) mais aussi sur les dispositifs médicaux (75 millions d'euros)
  - Baisse des tarifs des radiologues et des biologistes pour un montant total de 155 millions d'euros
  - Les médecins se verront également demander une meilleure efficacité de leurs prescriptions de transports de patients
  - Poursuite d'une « action structurelle » sur les prescriptions et amélioration des pratiques pour un montant total de 605 millions d'euros
  - Amélioration de l'efficacité interne des hôpitaux
  - ...

## LES MESURES ENVISAGEES POUR 2013

- De mesures de financement n'affectant pas à ce stade les complémentaires santé et prévoyance par transfert des charges
- Eventuellement des économies pour les organismes complémentaires liées à des baisses de coûts d'actes

« CE QUI SE DIT »

- Promesse du candidat Hollande :
  - Suppression d'une partie de la taxe sur les contrats d'assurance (7% en 2012 si le contrat est responsable)
- Le président Hollande au congrès de la Mutualité (20/10/12 – source les échos) :
  - « des mutuelles pour tous en 2017 »
  - Les exonérations fiscales et sociales des contrats collectifs représentent un « gâchis financier »
  - La taxe sera revue pour présenter une modulation plus forte (écart entre 7% et 9% insuffisant)
  - La liste des critères des contrats responsables sera revue : « un meilleur remboursement des soins optiques et dentaires »

Objectif : Pour l'année 2014

Vers une convergence des avantages entre le collectif et l'individuel ?

- Ministre de la santé le 28/10/2012 :
  - La tarification du prix des lunettes et des prothèses dentaires « doit être mieux encadrée »
  - « Certains examens très précis pourraient être réalisés par les orthoptistes ou les opticiens », dans l'objectif de « diminuer les délais d'attente très élevés pour les consultations d'ophtalmologie »
  - La ministre est favorable « au développement des réseaux de soins et de magasins agréés par les mutuelles » ; les députés ont déposé une proposition de loi en ce sens

## AUTRES POINTS REGLEMENTAIRES

## AUTRES POINTS

- Forfait social : Loi de finances rectificative n°2 pour 2012 (Loi n°2012-958 du 16 août 2012 et Circulaire DSS/5B/2012/319 du 18 août 2012)

Le taux du « forfait social » est relevé de 8 à 20% pour les rémunérations ou gains versés à compter du 1<sup>er</sup> août 2012. Par exception, le taux de 8% est maintenu pour les contributions patronales finançant des garanties de prévoyance complémentaire au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants-droit. Les contributions des employeurs de moins de dix salariés destinées au financement de ces mêmes garanties restent exclues de l'assiette du « forfait social ».

➔ Evolution possible pour la prévoyance : fin de l'exception

## AUTRES POINTS

- Jurisprudence :

Article 4 de la loi Evin : jugement du 13 septembre 2012

- L'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dispose que certains anciens salariés, en particulier les retraités, peuvent bénéficier du maintien de la couverture complémentaire santé dont ils bénéficiaient en tant qu'actifs, dans le cadre d'un contrat collectif d'entreprise à adhésion obligatoire, sans période probatoire ni examen ou questionnaire de santé, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail
- Ce maintien s'accompagne d'un plafonnement tarifaire dans la limite de 50% des tarifs globaux applicables aux salariés actifs
- Le jugement du 13/09/2012 indique que :
  - L'employeur est tenu à une obligation d'information sur la mise en œuvre du maintien de l'article 4 de la Loi Evin
  - Les contrats des assureurs doivent intégrer une clause sur le maintien de la garantie (les mêmes que celles dont il bénéficiait au sein de l'entreprise)
  - La limite tarifaire des 50% est applicable au-delà de la première année de départ à la retraite

## AUTRES POINTS

- Affiliation au régime Alsace-Moselle :

La loi n°2012-355 du 14 mars 2012 modifie l'article L.325-1, II, 1° du Code de la sécurité sociale : sont désormais affiliés au régime local d'Alsace-Moselle les salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise et les salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité **itinérante** dans d'autres départements. Ne relèvent plus de ce régime les salariés travaillant en dehors de ces départements mais dont l'entreprise a son siège en Alsace-Moselle.

Cette mesure a pris effet le 1<sup>er</sup> avril 2012. Pour les assurés qui, au 31 mars 2012, ne répondaient pas aux nouvelles conditions, le maintien de l'affiliation au régime local est admis tant qu'ils remplissent les critères d'ouverture des droits prévus par les anciennes dispositions.

→ Quid des représentants isolés des sociétés étrangères ?

## ANNEXES