

CERCLE DES PYRAMIDES

ACTUALITES DE LA PROTECTION SOCIALE

Brigitte ECARY
Geneviève BERAUD-GRAVILLON
Pascal MARON
Marc TOURTOULOU
SPAC Actulaires
Actulaires conseils

Bruno SERIZAY
CAPSTAN
Avocat conseil en droit social

REGIMES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ

L'Accord National Interprofessionnel relatif à
la sécurisation de l'emploi et sa transposition
législative

Les suites du décret du 9 Janvier 2012

Fiscalisation des mutuelles et Institutions de
Prévoyance

Avril 2013

SOMMAIRE

I – REGIMES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE

- a. L'Accord National Interprofessionnel relatif à la sécurisation de l'emploi et sa transposition législative
- b. Les suites du décret du 9 Janvier 2012
- c. Fiscalisation des mutuelles et Institutions de Prévoyance

II – RETRAITE

- a. Accord ARRCO-AGIRC du 13 mars 2013
- b. Les rapports du COR

III – ACTUALITE SOCIALE

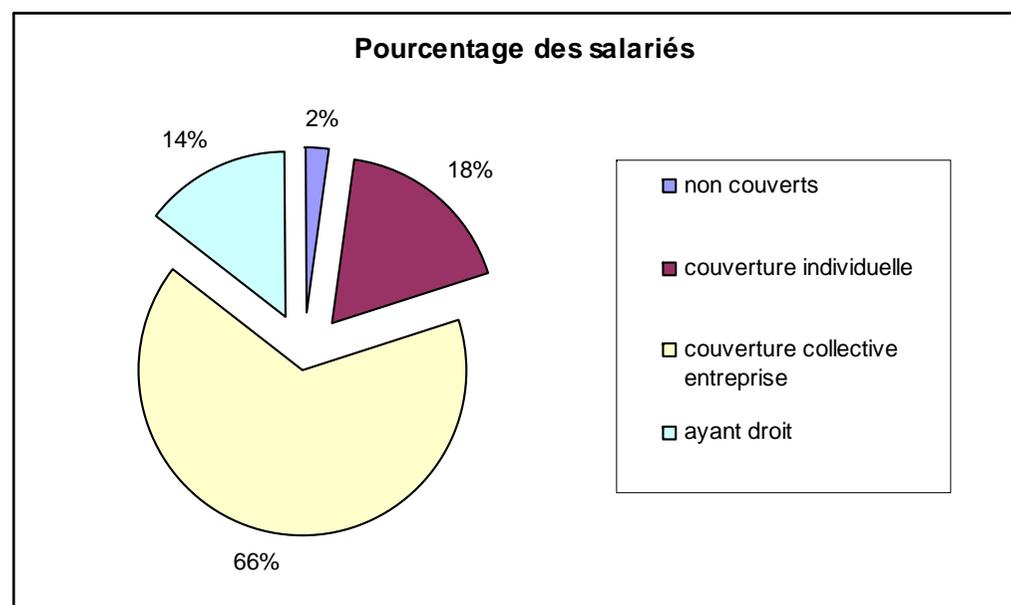
CONTEXTE

- L'Accord National interprofessionnel du 11 Janvier 2013 pour un modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés prévoit 2 articles ayant des conséquences sur les complémentaires santé et prévoyance
 - Généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé
 - Améliorer l'effectivité de la portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi
- La loi sur la sécurisation de l'emploi en discussion¹ :
 - Est destinée à l'application de l'ANI
 - Précise certains points
 - Introduit de nouvelles mesures
 - Etend le champ d'application à l'ensemble des salariés des entreprises

¹ Est analysé le projet issu des délibérations du 6/4/2013

PANORAMA SUCCINT DES COMPLEMENTAIRES SANTE

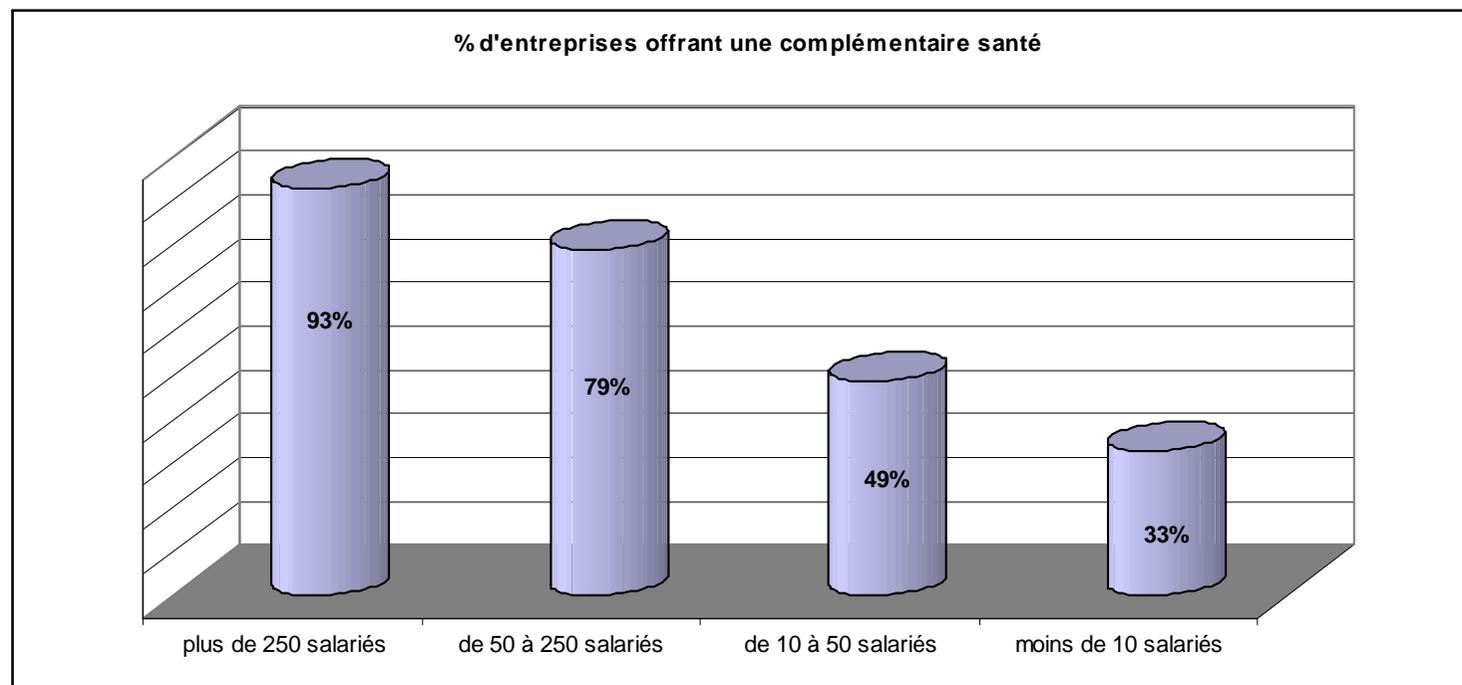
- En 2009, plus de 95 % de la population française bénéficiait d'une couverture complémentaire santé
- Parmi les salariés près de 98% étaient couverts, dont (source : direction de la Sécurité sociale) :



- Environ 4 millions de salariés ne bénéficiant pas d'une participation d'un employeur selon les débats en cours au parlement

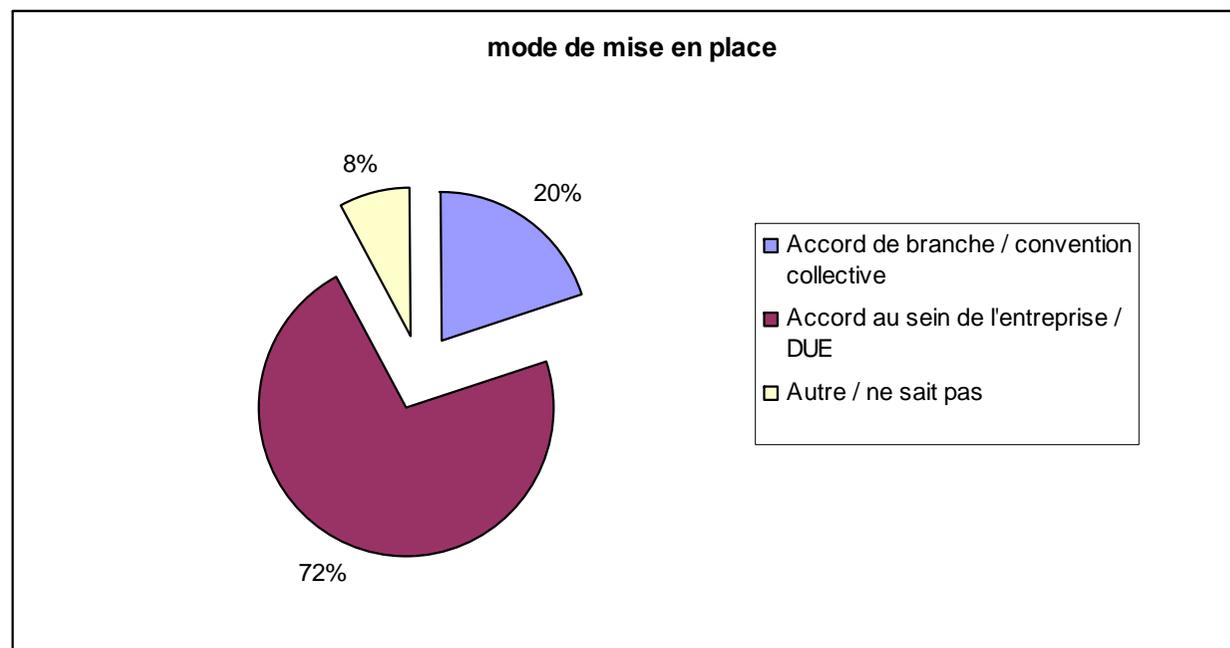
PANORAMA SUCCINT DES COMPLEMENTAIRES SANTE

- Toujours en 2009 (source : enquête IRDES) 44 % des établissements français déclarent proposer une complémentaire « santé » à tout ou partie de leurs salariés, dont :



PANORAMA SUCCINT DES COMPLEMENTAIRES SANTE

- Des couvertures mises en place en général au sein de l'entreprise :



PANORAMA SUCCINT DES ACCORDS DE BRANCHE EN SANTE

Début 2013 (source étude d'impact du projet de Loi) :

- 64 branches proposent une complémentaire santé sur environ 240
- 34 branches parmi les 145 plus grandes en termes d'effectif (+ de 10 000 salariés)
- Environ 3,5 millions de salariés couverts
- 95% des régimes mis en place couvrent l'ensemble des salariés

- Clause de désignation dans 80% des cas
 - Dont 25% avec migration
- Désignation d'institutions de prévoyance dans 90% des cas (selon l'avis de l'autorité de la concurrence du 29/3/2013)

PANORAMA SUCCINT DES ACCORDS DE BRANCHE EN SANTE

En termes de contenu :

- L'accord peut se borner à fixer un niveau de financement à consacrer à des garanties librement choisies par l'entreprise ;
- Il peut définir des garanties en laissant à l'entreprise le choix des moyens.
- Il peut également mettre en place un régime, en fixant prestations et cotisations

En termes d'assurance :

- L'accord peut laisser le libre choix à chaque entreprise de son assureur
- Il peut recommander 1 ou plusieurs organismes
- Il peut désigner 1 ou plusieurs organismes
 - Avec obligation d'y adhérer uniquement pour les nouvelles entreprises (sous réserve, pour les autres de proposer une couverture au moins aussi élevée)
 - Avec obligation également aux entreprises d'y adhérer en cas de changement d'organisme assureur
 - Avec obligation pour toutes les entreprises d'y adhérer (migration)

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE - CALENDRIER

- Calendrier de la Loi

quand	quoi	qui est concerné
au plus tard le 1er juin 2013	ouverture de négociations dans les branches et conclusion des négociations au plus tard le 30 juin 2014	Les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels : - en l'absence de couverture collective à adhésion obligatoire, - ou si cette couverture n'est pas au moins aussi favorable que la couverture minimale introduite par la loi
du 1er juillet 2014 au 1er janvier 2016	négociations dans les entreprises	Les entreprises où est désigné un délégué syndical : - en l'absence de couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans la branche ou dans l'entreprise, - ou si cette couverture n'est pas au moins aussi favorable que la couverture minimale introduite par la loi
1er janvier 2016	Couverture de tous les salariés	Toutes les entreprises avec mise en place par DUE faute d'aboutissement des négociations précédentes sur la base de la couverture minimale

Dans les Conditions de la négociation annuelle

- Conséquences pour les entreprises : Négociations/Adaptations à prévoir dans les entreprises en fonction des accords de branches

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE – NEGOCIATION DE BRANCHE

Le projet de Loi et ses amendements adoptés précisent que la négociation porte notamment sur :

- La définition du contenu et du niveau des garanties ainsi que la répartition de la charge des cotisations entre employeur et salariés ;
 - *Nouvelle obligation de prévoir les garanties*
- Les modalités de choix de l'assureur. La négociation examine en particulier les conditions, notamment tarifaires, dans lesquelles les entreprises peuvent retenir le ou les organismes assureurs de leur choix, sans méconnaître les objectifs de couverture effective de l'ensemble des salariés des entreprises de la branche et d'accès universel à la santé ;
 - *A défaut de désignation ou de recommandation, contraintes supplémentaires si libre choix de l'organisme assureur*
- Le cas échéant, les modalités selon lesquelles des contributions peuvent être affectées au financement de l'objectif de solidarité, notamment pour l'action sociale et la constitution de droits non contributifs ;
 - *Afin de permettre une égalité de traitement entre les différents types d'organismes, possibilité pour les compagnies d'assurance de mettre en œuvre une action sociale + impossibilité pour les compagnies d'assurance et mutuelles de résilier un contrat pour non paiement des cotisations dans le cadre d'un accord de branche*

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE – NEGOCIATION DE BRANCHE

- Les cas dans lesquels la situation particulière de certains salariés ou ayants droit, lorsque ceux-ci sont concernés par la couverture peut justifier des dispenses d'affiliation à l'initiative des salariés;
 - *A préciser par décret, pourrait se reporter au décret du 9 janvier 2012*
- Le délai, au moins égal à dix-huit mois à compter de l'entrée en vigueur de la convention ou de l'accord, et expirant au plus tard le 1er janvier 2016, laissé aux entreprises pour se conformer aux nouvelles obligations conventionnelles ;
 - *Donc la négociation doit avoir abouti fin juin 2014*
- Le cas échéant, les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, en raison de la couverture garantie par ce régime.
 - *Assez large. Garanties différentes ? Cotisations différentes ? Ou conditions du décret du 9/1/2012 ?*

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE – NEGOCIATION DE BRANCHE

- Conditions à respecter dans le cadre d'une désignation ou recommandation par une branche : mise en concurrence des candidats
 - Transparence
 - Impartialité
 - Egalité de traitement entre les candidats
- Des modalités de mise en concurrence devant être définies par décret :
 - Publicité préalable obligatoire,
 - Fixation des modalités garantissant un consentement des partenaires sociaux lors de la désignation ou de la recommandation,
 - Règles en matière de conflit d'intérêts
 - Détermination des modalités de suivi du régime en cours de contrat

DESIGNATIONS : L'AVIS DE L'AUTORITE DE LA CONCURRENCE DU 29 MARS 2013

- ***Garantir l'égalité entre les différentes catégories d'organismes d'assurance collective***
 - Prévoir une harmonisation des régimes applicables aux différents types d'organismes, notamment sur la possibilité de financer l'action sociale et la constitution de droits non contributifs (versement des prestations alors même que l'entreprise ne serait pas à jour dans le paiement de ses cotisations) qui peut être demandée, dans un but de solidarité, par les partenaires sociaux.
- ***Faire primer la liberté de l'employeur dans le choix de l'organisme d'assurance collective***
- ***Les clauses de recommandation ou, lorsqu'elles sont justifiées, de désignation doivent nécessairement proposer plusieurs organismes***
- ***Imposer une mise en concurrence des organismes susceptibles d'être recommandés ou désignés***
 - organisée et contrôlée par un organe ad hoc composé en partie de personnalités indépendantes, depuis la définition du cahier des charges jusqu'à la sélection des mieux-disants. L'Autorité recommande aussi de ramener la périodicité maximale des clauses de désignation comme des clauses de recommandation à **trois ans** au lieu de cinq ans.

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE – COUVERTURE MINIMALE

La couverture minimale comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :

- La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale, prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;
 - *Actes remboursés par la Sécurité sociale*
- Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;
- Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.
 - *125% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et l'orthodontie, 100€ pour l'optique, selon l'ANI*

La comparaison avec un régime en place doit être faite par catégorie de garanties

GENERALISATION DES COMPLEMENTAIRES SANTE – COUVERTURE MINIMALE

- Un décret (à paraître)
 - détermine le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux mentionnés au 3° entrant dans le champ de cette couverture.
 - fixe les catégories de salariés pouvant être dispensés de l'obligation d'affiliation eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire,
 - précise les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1, en raison de la couverture garantie par ce régime.
- Les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture minimale doivent être solidaires et responsables
- L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture

S'applique à tous les régimes
frais de santé

PORTABILITE – CE QUI CHANGE

- Introduite par l'ANI du 11 janvier 2008, les conditions de la portabilité sont renforcées pour les anciens salariés pouvant en bénéficier par l'ANI du 11 janvier 2011 et le projet de Loi sur la sécurisation de l'emploi
 - Durée de 12 mois plutôt que 9
 - Gratuité pour les anciens salariés (un cofinancement pouvait être organisé actuellement)
 - Inclusion dans le certificat de travail
 - Extension à tous les salariés des entreprises
 - Information par l'organisme assureur dans le mois suivant la rupture du contrat de travail des conditions de couverture santé au delà de la période de portabilité
 - Précision sur l'articulation avec les articles 2, 4 et 5 de la loi Evin

PORTABILITE – LES ANCIENS SALARIES CONCERNES

- Les salariés garantis collectivement, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien **à titre gratuit** de cette couverture en cas de **cessation** du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :
 - Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, et sans pouvoir excéder douze mois ;
 - Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
 - Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
 - Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
 - L'ancien salarié justifie auprès de son ancien employeur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
 - **L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail**

Conditions identiques à celles de 2008 mais précision
 pour la prise en charge des CDD et
 information via le certificat de travail

PORTABILITE – UNE INFORMATION ET DES DROITS RENFORCES

Outre l'inscription dans le certificat de travail :

- Les articles 2 (prise en compte des suites des états pathologiques antérieurs et pas d'exclusion de pathologies ou affections remboursées par la Sécurité sociale) et 5 (proposition par l'assureur de maintien de garanties en cas de cessation du contrat d'assurance) de la loi Evin sont étendus aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité
- L'ancien salarié bénéficiaire de la portabilité peut adhérer au dispositif de couverture santé prévu en vertu de l'article 4 de la Loi Evin jusqu'à la fin de la période de portabilité (ou 6 mois si supérieur)
- L'organisme d'assurance doit informer l'ancien salarié dans le mois suivant la rupture de son contrat de travail des conditions du maintien de garanties santé prévu au-delà de la période de portabilité

PORTABILITE – LE CALENDRIER

- Une entrée en vigueur :
 - Au 1^{er} juin 2014 pour les frais de santé
 - Au 1^{er} juin 2015 pour la prévoyance
 - Actuellement le renoncement à la portabilité vaut pour la totalité des garanties,
 - Dans le cadre d'un cofinancement pour la prévoyance entre le 1^{er} juin 2014 et le 1^{er} juin 2015, quid de l'effet d'un renoncement sur la couverture frais de santé ?

PORTABILITE – UNE CHARGE SUPPLEMENTAIRE

- Un coût pouvant être très variable d'une entreprise à l'autre, qui dépend :
 - De la proportion de CDD
 - De la proportion de licenciés ou ruptures conventionnelles
- Pour les CDD, un coût généralement moindre que pour les autres bénéficiaires :
 - Des salariés souvent plus jeunes
 - Une moindre charge de famille
 - Une durée maximale de droits plus courte
 - Un retour à l'activité plus rapide
- Un coût supplémentaire dépendant du mode actuel de financement (cofinancement ou mutualisation)
- Une information renforcée (certificat de travail, information de l'assureur après cessation du contrat de travail) qui pourrait conduire à une utilisation plus importante des régimes, en santé essentiellement
- Une estimation, établie lors des discussions l'ANI de 2008, dans le cadre d'une portabilité sur 9 mois, de l'ordre de 18% de charge supplémentaire (pas de bilan de la portabilité depuis) !

ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN : RENFORCEMENT DE L'INFORMATION

- Le projet de loi sur la sécurisation de l'emploi prévoit, pour tous les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin, une information par l'organisme assureur :
 - Des conditions de maintien du régime frais de santé
 - Dans le mois suivant la rupture du contrat de travail
- Pour rappel, sont concernés :
 - Les retraités
 - Les invalides
 - Les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement
 - Les ayants droit d'un salarié décédé

Prise d'effet immédiate ? Sanctions ?

SECURISATION DE L'EMPLOI : AUTRES DISPOSITIONS

- Avant le 1^{er} janvier 2016, ouverture de négociations dans les branches non pourvues de couvertures prévoyance pour mettre en place une telle couverture
- Rapport avant le 15/9/2014 sur les aides directes et indirectes accordées au financement des complémentaires santé. Etude de refonte de la fiscalité au regard de l'objectif de généraliser une complémentaire santé pour tous les Français à l'horizon 2017
- Etude du régime Alsace-Moselle (rapport pour septembre 2013)
- Mais aussi... en acte II, révision possible dès l'été des conditions à respecter pour qu'un contrat soit solidaire et responsable

SOMMAIRE

I – REGIMES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE

a. L'Accord National Interprofessionnel relatif à la sécurisation de l'emploi et sa transposition législative

b. Les suites du décret du 9 Janvier 2012

Fiscalisation des Mutuelles et Institutions de Prévoyance

II – RETRAITE

a. Accord ARRCO-AGIRC du 13 mars 2013

b. Les rapports du COR

III – ACTUALITE SOCIALE

RAPPEL DES MESURES A CE JOUR

- 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***

Toujours en attente d'une circulaire d'application

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

Actualités Protection Sociale
Avril 2013

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

- Quid d'un traitement différencié des art 36 et des art 4 et 4 bis ?

LE CARACTERE COLLECTIF

Identité des 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 catégorie objective
 - Possibilité d'avoir des garanties plus favorables en fonction des conditions d'exercice pour les prestations de prévoyance complémentaire

Participation de l'employeur :

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

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

Actualités Protection Sociale
Avril 2013

		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, y compris en qualité d'ayants droit , 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

JURISPRUDENCE / EGALITE DE TRAITEMENT

- 3 jugements de la cour de cassation du 13 mars 2013 valident des distinctions cadres / non cadres en matière de complémentaires santé / prévoyance / retraite
 - « Attendu qu'en raison des particularités des régimes de prévoyance couvrant les risques maladie, incapacité, invalidité, décès et retraite, qui reposent sur une évaluation des risques garantis, en fonction des spécificités de chaque catégorie professionnelle, prennent en compte un objectif de solidarité et requièrent dans leur mise en oeuvre la garantie d'un organisme extérieur à l'entreprise, l'égalité de traitement ne s'applique qu'entre les salariés relevant d'une même catégorie professionnelle »

SOMMAIRE

I – REGIMES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE

- a. L'Accord National Interprofessionnel relatif à la sécurisation de l'emploi et sa transposition législative

Les suites du décret du 9 Janvier 2012

- c. Fiscalisation des Mutuelles et Institutions de Prévoyance

II – RETRAITE

- a. Accord ARRCO-AGIRC du 13 mars 2013
- b. Les rapports du COR

III – ACTUALITE SOCIALE

CONTEXTE

- Les institutions de prévoyance et les mutuelles sont soumises à l'impôt sur les sociétés depuis le 1^{er} janvier 2012
- Néanmoins, cette entrée en fiscalité s'effectue progressivement sur 2 ans avec un horizon de fiscalisation à 100% fixé à 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)

CONTEXTE

- L'entrée en fiscalité conduit certaines Institutions de prévoyance et 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
- L'objectif de cette présentation est de décrire le panorama des pratiques observées à ce jour
 - Tous les organismes n'ont pas demandé une évolution de leurs clauses mais une majorité l'a fait

CONTEXTE

- En l'absence d'instruction fiscale relative à l'entrée en fiscalité, les points de vue des organismes et, en conséquence, leurs propositions d'aménagement des clauses de participation aux bénéficiaires, divergent sensiblement
- Le risque fiscal ne relève que de l'organisme d'assurance. Les entreprises souscriptrices ne sont pas directement concernées

CONTEXTE

- Principes généraux
 - Les provisions techniques (provisions mathématiques, provisions pour sinistres à payer) sont déductibles et ne devraient pas donner lieu à retraitement fiscal
 - Leur niveau doit cependant être ajusté au plus près à l'engagement réellement pris par l'organisme
 - Utilisation d'un taux technique correspondant au taux maximum autorisé par le législateur
 - Provisionnement des revalorisations uniquement lorsqu'elles ont un caractère contractuel
 - Les excédents versés en réserve ne sont fiscalement déductibles que dans le cadre du mécanisme de la provision d'égalisation

CONTEXTE

- 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

CONTEXTE

- En conséquence, les dotations à provision ne respectant pas ces critères ne sont pas déductibles
 - Réserves des régimes Frais de santé
 - Dotation supérieure à 75% des excédents techniques pour les régimes Prévoyance
 - Les résultats techniques sont constitués de la manière suivante :
 - Au crédit :
 - Cotisations
 - Provisions techniques au 31/12/n-1
 - Intérêts techniques (calculés sur la base du taux technique utilisé pour le calcul des provisions)
 - Au débit :
 - Prestations versées
 - Chargements
 - Provisions techniques au 31/12/n

ENJEUX POUR L'ENTREPRISE

- Réserves au 31/12/2011
 - Deux positions pour les régimes de prévoyance :
 - Réserves considérées comme non déductibles
 - Réserves séparées en deux :
 - Une provision d'égalisation reconstituée selon les règles fiscales
 - Généralement, reconstitution sur les 10 derniers exercices
 - Démarche incomplète pour les contrats plus anciens
 - L'utilisation d'une éventuelle distinction préexistante s'avère en pratique difficile, les règles fiscales ayant rarement été appliquées à la lettre (distinction du compte de résultats technique, dépassement du plafond par rapport aux cotisations, utilisation de la PE en dehors de la variation de sinistralité (réforme des retraites, taux d'appel, ...))
 - 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
 - Une réserve non déductible
 - Pour les régimes frais de santé, réserves considérées comme non déductibles

ENJEUX POUR L'ENTREPRISE

- Résultats futurs
 - Une approche relativement homogène
 - Réalisation d'un compte de résultats technique et d'un compte technique et financier reprenant les modalités actuelles de compte de résultats
 - Excédents :
 - Alimentation de la provision d'égalisation dans les limites prévues par le code général des impôts
 - Versement du solde dans une réserve générale non déductible
 - Déficits :
 - Ordre de prélèvement sur les diverses réserves variable
 - Réserve au 31/12/2011, puis réserve générale, puis provision d'égalisation
 - Provision d'égalisation, réserve au 31/12/2011, réserve générale
 - Dans quelques cas, dotation / reprise de montants nets fiscaux
 - Alimentation de la réserve générale avec 66% des excédents net de dotation à la provision d'égalisation puisque les produits correspondant entrent dans l'assiette de l'impôt sur les sociétés
 - Reprises minorées de 34% dans la mesure où les pertes correspondantes permettent de minorer le montant de l'impôt

ENJEUX POUR L'ENTREPRISE

- Produits financiers
 - Des approches variables dans le taux servi aux diverses réserves
 - La répercussion stricte de l'entrée en fiscalité justifie une rémunération abattue de la réserve générale
 - Cet abattement correspond à l'impôt payé sur les dotations versées dans cette réserve, soit 34% généralement
 - Les autres réserves (réserve au 31/12/2011 non déductible, provision d'égalisation) et les provisions techniques devraient être rémunérées sans abattement fiscal
 - En pratique, certains organismes appliquent cet abattement également sur les réserves au 31/12/2011
 - Ces produits financiers alimentent la réserve générale exclusivement

ENJEUX POUR L'ENTREPRISE

- Conséquences de la résiliation
 - Les montants de réserve transférés restent généralement basés sur les montants inscrits dans les comptes
 - Toutefois, dans le cas d'un compte de résultats établi sur des montants nets fiscaux, le montant transféré devrait être majoré de l'économie d'impôt correspondante
 - Le transfert des provisions non déductibles devrait, a priori, donner lieu à impôt chez le nouvel organisme et donc à une assimilation des réserves au 31/12/2011 à la réserve générale

ILLUSTRATIONS

- Simulation de l'impact de l'entrée en fiscalité selon divers scenarios d'aménagement de la clause de participation aux résultats
 - Scenario « neutre » : produits financiers sur réserve générale minorés de l'impôt
 - Scenario défavorable : minoration de l'ensemble des produits financiers de 34,43%
 - Répercussion pleine : application des coûts et économies fiscales applicables à chaque écriture sauf éventuellement sur les montants transférés
 - Pas de prise en compte de la situation fiscale globale de l'organisme
 - Hypothèses de simulation
 - Participation bénéficiaire de 90% des résultats créditeurs
 - Rendement financier net : 3,5%
 - Taux technique : 2%
 - Chargements : 8%

ILLUSTRATIONS

Actualités Protection Sociale

Avril 2013

	Avant fiscalisation			Scenario "neutre"			Scenario défavorable			Répercussion pleine		
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 1	Année 2	Année 3	Année 1	Année 2	Année 3	Année 1	Année 2	Année 3
Compte de résultats												
Cotisations	1 000 000	1 100 000	1 200 000	1 000 000	1 100 000	1 200 000	1 000 000	1 100 000	1 200 000	1 000 000	1 100 000	1 200 000
Chargements	-80 000	-88 000	-96 000	-80 000	-88 000	-96 000	-80 000	-88 000	-96 000	-80 000	-88 000	-96 000
Prestations	-150 000	-600 000	-300 000	-150 000	-600 000	-300 000	-150 000	-600 000	-300 000	-150 000	-600 000	-300 000
Provisions début	5 600 000	6 200 000	7 000 000	5 600 000	6 200 000	7 000 000	5 600 000	6 200 000	7 000 000	5 600 000	6 200 000	7 000 000
Provisions fin	-6 200 000	-7 000 000	-7 700 000	-6 200 000	-7 000 000	-7 700 000	-6 200 000	-7 000 000	-7 700 000	-6 200 000	-7 000 000	-7 700 000
Intérêts techniques	112 000	124 000	140 000	112 000	124 000	140 000	112 000	124 000	140 000	112 000	124 000	140 000
Résultat technique	282 000	-264 000	244 000	282 000	-264 000	244 000	282 000	-264 000	244 000	282 000	-264 000	244 000
Solde produits financiers	84 000	93 000	105 000	84 000	93 000	105 000	84 000	93 000	105 000	84 000	93 000	105 000
Résultat technique et financier	366 000	-171 000	349 000	366 000	-171 000	349 000	366 000	-171 000	349 000	366 000	-171 000	349 000
Réserve au 31/12/2011												
Solde début	450 000	795 150	651 980	450 000	450 000	279 000	450 000	450 000	279 000	450 000	450 000	279 000
Dotation / reprise	329 400	-171 000	314 100	0	-171 000	0	0	-171 000	0	0	-171 000	0
Produits financiers	15 750	27 830	22 819									
Solde fin	795 150	651 980	988 900	450 000	279 000	279 000	450 000	279 000	279 000	450 000	279 000	279 000
Provision d'égalisation												
Solde début				0	211 500	211 500	0	211 500	211 500	0	211 500	211 500
Dotation / reprise				211 500	0	183 000	211 500	0	183 000	211 500	0	183 000
Solde fin				211 500	211 500	394 500	211 500	211 500	394 500	211 500	211 500	394 500
Réserve générale												
Solde début				0	133 650	159 870	0	128 227	148 899	0	87 630	163 702
Dotation / reprise				117 900	0	131 100	117 900	0	131 100	77 303	0	85 958
Economie d'impôt su réserve au 31/12/11										0	58 881	0
Produits financiers				15 750	26 220	20 836	10 327	20 672	17 222	10 327	17 191	15 013
Solde fin				133 650	159 870	311 806	128 227	148 899	297 221	87 630	163 702	264 673
Montant de réserves transférable												
Avec répercussion des économies d'impôt	795 150	651 980	988 900	795 150	650 370	985 306	789 727	639 399	970 721	1 031 474	886 694	1 223 691
Sans répercussion des économies d'impôt	so	so	so	so	so	so	so	so	so	749 130	654 202	938 173

ENJEUX POUR L'ENTREPRISE

- Remarques diverses
 - Prise en compte de la période transitoire
 - A ce stade, peu de propositions 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