



FORM' ACTION

FEDERATION CGT DES SOCIETES D'ETUDES

263 rue de Paris - Case 421 - 93514 MONTREUIL CEDEX

Tél : 01 48 18 84 34 - Fax : 01 48 18 84 86 - Email : fsetud@cgt.fr - Site : <http://www.soc-etudes.cgt.fr>

LA PROTECTION SOCIALE SANTE ET PREVOYANCE [Journée d'étude du 11 avril 2012]

Intervenant : Patrick AUTIN - U.N.P.M.F

Au moment où les questions de protection sociale collective font l'objet de beaucoup d'attention, cette journée d'étude s'inscrit dans ce que la CGT revendique comme valeurs qui nourrissent le progrès social: la solidarité, la démocratie, la liberté, et la responsabilité pour l'ensemble des salarié-e-s quel que soit la catégorie professionnelle auxquels ils appartiennent. Aussi toutes les catégories doivent être couvertes par un système solidaire qui passe par la contribution de tous.

Depuis la création de la Sécurité Sociale en 1947, et la mise en place des régimes de prévoyance, les règles juridiques et sociales ont été modifiées par différentes lois, décrets et circulaires. La loi du 21 août 2003 dite Loi Fillon a modifié le régime juridique et fiscal des contrats de prévoyance et de santé. L'exonération de charges sociales et la déductibilité fiscale sont désormais assorties de nouvelles conditions. La réglementation des contrats collectifs est régie par le Code Général des Impôts(CGI)¹, elle donne des règles de déduction distinctes pour d'une part la retraite et d'autre part la santé prévoyance.

Mais évitons de nous leurrer, la première bataille à mener est celle concernant la Sécurité Sociale. Peu à peu, les institutions de prévoyance se partagent le dépeçage de ce qui fondait notre Sécurité Sociale au nom de l'économie de marché. La santé publique est ramenée à l'économie de la Santé, « *branche de l'économie qui hérite de la production de biens et de services médicaux, de leur répartition, c'est-à-dire de l'accès aux soins et de la formation des prix*² ». L'objectif est la « *marchandisation* » de la Santé, pour ce faire, tout est fait pour à la fois, abroger le monopole de la Sécurité Sociale et transformer celle-ci en un simple « *institut de prévoyance* », parmi d'autres. Chacune et chacun comprend donc pourquoi mutuelles, institutions de prévoyances et assureurs ont intérêt à cette abrogation, pour prendre « *les parts de marché* ».

Position du problème

L'assurance Maladie s'est construite depuis 1945 sur 3 principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. A l'origine, réservée aux salarié-e-s et à leur famille, le régime général de l'Assurance Maladie s'est progressivement élargi à d'autres catégories de la population. En même temps, peu à peu ce qui relevait du rôle de la Sécurité Sociale est passé entre les mains de Mutuelles et d'Assurances privées. La bataille est de faire en sorte que l'ensemble des « *risques* » portés par ces dernières, reviennent à la Sécurité Sociale.

Textes de références

- **Code des Assurances**
- **Code de la sécurité sociale**
- **Code général des impôts**
- **Support de formation UNPMF**

¹ Article 39 pour les entreprises et Article 83 pour les salarié-e-s.

² Bernard DOMINIQUE et Alain BERARD.

LA REGLEMENTATION DES CONTRATS COLLECTIFS

Le régime de prévoyance³ doit avoir été mis en place soit par Convention Collective de branche qui doit être précise, soit par accord d'entreprise, à noter que dans l'accord d'entreprise tous les points doivent être listés⁴, soit par référendum à la majorité des inscrits ou par décision unilatérale de l'employeur. **Les cotisations doivent comporter une participation effective et significative de l'employeur** et être fixées à un taux ou à un montant uniforme à l'égard de tous les salarié-e-s appartenant à un même collège. Les régimes de protection sociale complémentaire (prévoyance, santé et retraite) bénéficient d'exonérations de cotisations sociales dans les entreprises participantes à leur financement, à conditions qu'ils soient institués à titre collectif et obligatoire⁵. Cette disposition a été complétée par la loi de financement de la Sécurité Sociale. Un régime est ainsi collectif s'il offre des garanties à l'ensemble des personnels ou à une catégorie d'entre eux, sous réserve que cette catégorie soit établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat. **Le décret n°2012-25** du 9 janvier 2012 publié le 11 janvier 2012 complète le dispositif en **créant les articles R242-1-1 à R242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.**

Sécurité Sociale :

- *Il établit la liste des critères permettant de définir une catégorie objective,
- *Il précise les dérogations possibles à l'uniformité des garanties et des cotisations pour l'ensemble d'une catégorie,
- *Il précise enfin les dispenses possibles au caractère obligatoire du dispositif.

Toutes ces dispositions doivent encore être explicitées et interprétées par une circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale attendue d'ici l'été 2012 afin de clarifier les zones d'ombre. Les dispositions prévues par ce décret sont applicables immédiatement pour les dispositifs mis en place. Les régimes qui bénéficiaient, à la date de publication du décret (11 janvier 2012), de la déductibilité selon les anciennes dispositions et qui n'en bénéficiaient plus selon les nouvelles continueront d'en bénéficier jusqu'au 31 décembre 2013, délai de mise en conformité.

Annexe1: Tableau de synthèse des catégories objectives

³ Processus annoncé dans le traité de Rome en 1957, poursuivi avec l'acte unique en 1986 et la création du marché unique en 1993.

⁴ L'accord d'entreprise doit lister pour les points, y compris les cas dérogatoires.

⁵ Article L.242-1 du code du travail de la sécurité sociale.

Selon le décret du 9 janvier 2012 la catégorie de personnel bénéficiaire du régime peut être définie par référence à 5 critères :

- L'appartenance aux catégories cadres et non cadres telles que définies par la convention de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.
- L'appartenance aux catégories et classifications professionnelles définies par les conventions collectives, accords collectifs de branche ou accords interprofessionnels.
- Les tranches de rémunérations fixées pour le calcul des cotisations AGIRC⁶ (TA, TB, TC.)⁷ et ARRCO⁸ (T1, T2)⁹. Le niveau de responsabilité, type de fonction ou degré d'autonomie, correspondant aux sous catégories fixées par les conventions collectives, accords collectifs de branche ou accords interprofessionnels.
- Les usages constants, généreux et fixes en vigueur dans la profession.

En tout état de cause, tous les salarié-e-s dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des risques concernés, doivent être couverts par le régime.

Toutefois, le législateur a souhaité instaurer des régimes de « *présomption* ». Il est à noter que la catégorie de personnel ne peut être définie en fonction du temps de travail, de la nature du contrat (CDD,...) de l'âge du salarié pour déterminer le niveau des prestations.

La catégorie de personnel définie par référence aux critères est considérée objective pour :

- **les risques incapacité temporaire, invalidité, inaptitude et décès lorsqu'ils sont liés aux 3 critères précédents**, ainsi que perte de revenus en cas de maternité lorsqu'elle est définie par référence, à l'appartenance aux catégories de cadres et non cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des articles de la CCN de 1947 ; aux tranches de rémunérations AGIRC/ARCCO, aux classifications des conventions collectives et accords professionnels à la condition que l'ensemble des salarié-e-s de l'entreprise soit couvert par un régime couvrant les mêmes risques. Il y a présomption du caractère objectif de la catégorie pour **le risque décès seul**, si utilisation de la référence aux cadres bénéficiant de l'obligation du 1,50% de la tranche A prévu par l'article 7 de la Convention Collective des Cadres du 14 mars 1947(article 4 et 4 bis).
- **Le risque frais de santé ou perte de revenus en cas de maladie**, à la condition toutefois que l'ensemble des salarié-e-s de l'entreprise soit couvert par un régime couvrant les mêmes risques lorsqu'elle est définie par référence : à l'appartenance aux catégories de cadres et non cadres, aux tranches de rémunération AGIRC/ARCCO.
- **Les prestations retraite**, lorsqu'elle est définie par référence à l'appartenance aux catégories cadres non cadres, aux tranches de rémunération AGIRC/ARCCO, aux classifications des Conventions Collectives et accords professionnels.

Dans tous les cas, l'employeur doit justifier que la ou les catégories définies par l'un des 5 critères couvrent l'ensemble des salarié-e-s dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des risques concernés. Les salarié-e-s doivent avoir accès à l'accord d'entreprise (tous les points doivent être notifiés dans le détail, notamment les cas dérogatoires) Dans le cadre d'une déclaration unique d'embauche, les salarié-e-s doivent être informés de façon individualisée par l'employeur de la possibilité d'adhérer au régime ou pas. Tous les points doivent être listés.

⁶ AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres.

⁷ TA ou tranche A, salaire jusqu'au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. TB ou tranche B, de 1 à 4 fois le PMSS et TC, tranche C de 4 à 8 fois le PMSS.

⁸ ARRCO : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire Obligatoire des salarié-e-s non cadres.

⁹ Tranche 1, salaire jusqu'au PMSS. Tranche 2, entre 1 et 3 fois le PMSS.

Dans certain cas, les salarié-e-s peuvent être dispensés d'affiliation :

Appréciation du caractère obligatoire au regard des ayants droit du salarié.

Le fait que la couverture de l'ayant droit soit facultative n'est pas de nature à mettre en cause le caractère obligatoire du régime à l'égard des salarié-e-s ; dans ce cas, l'adhésion de l'ayant droit étant facultative, la contribution de l'employeur versée à son bénéfice est totalement intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Annexe 2 : Tableau de synthèse des dispenses d'affiliation possibles

Bénéficiaires : salariés, quelle que soit la date d'embauche	Prévus dans le régime		De droit	Conditions	Justificatifs à conserver
	A la mise en place	A tout moment			
Dispenses possibles dans le cadre d'un accord collectif ou d'un référendum unquement					
CDD (y compris les apprentis) Régimes frais de santé et prévoyance	X	X		CDD < 12 mois CDD > 12 mois et être couvert individuellement par ailleurs	Demande écrite Demande écrite + justificatif
Temps partiel (y compris les apprentis) Régimes frais de santé, prévoyance et retraite	X	X		Cotisation salariale au moins égale à 10% de la rémunération brute	Demande écrite
Dispenses possibles dans le cadre d'un accord collectif ou d'un référendum ou d'une DUE					
Présent lors de la mise en place d'une DUE, avec précompte salarial Régimes frais de santé, prévoyance, retraite	X (décret)		X (loi Evin et droit du travail)	Etre présent dans les effectifs lors de la mise en place + cotisation salariale ; ne s'applique pas aux salariés recrutés postérieurement	Demande écrite
Présent lors de la mise en place d'une DUE, intégralement financé par l'employeur Régimes frais de santé, prévoyance, retraite	X (décret)			Etre présent dans les effectifs lors de la mise en place ; ne s'applique pas aux salariés recrutés postérieurement	Demande écrite
Bénéficiaires de la CMU-C Régimes frais de santé	X	X		A la mise en place ou lors de l'embauche + jusqu'à l'échéance du contrat individuel unquement	Demande écrite
Bénéficiaires de l'ACS Régimes frais de santé	X	X		A la mise en place ou lors de l'embauche + jusqu'à l'échéance du contrat individuel unquement	Demande écrite
Bénéficiaires d'un contrat individuel frais de santé Régimes frais de santé	X	X		A la mise en place ou lors de l'embauche + jusqu'à l'échéance du contrat individuel unquement	Demande écrite
Bénéficiaires par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture de prévoyance collective conforme à un de ceux fixés par un arrêté à paraître - Régimes frais de santé et prévoyance	X	X		A la mise en place ou lors de l'embauche	Demande écrite + justificatif annuel

Ayants droit couverts à titre obligatoire : si le conjoint bénéficie lui-même d'une couverture obligatoire dans l'entreprise où il travaille ou s'il est fonctionnaire et couvert par un dispositif facultatif relevant du décret du 19 septembre 2007 il peut, sur production de justificatifs, ne pas adhérer. Cette possibilité est aussi admise pour un conjoint travailleur non salarié titulaire d'un contrat santé inscrit dans le dispositif MADELIN¹⁰.

Ayants droit couverts à titre facultatif : la couverture des ayants droit peut être facultative, toutefois dans ce cas, l'éventuelle contribution patronale versée pour eux est intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Cas des couples travaillant dans la même entreprise : Deux cas de figures sont prévus, si le régime couvrant les ayants droit est obligatoire ou pas.

-Régime couvrant les ayants droit à titre obligatoire : l'un peut s'affilier en propre, l'autre pouvant l'être en qualité d'ayant droit. La contribution de l'employeur versée pour eux est exonérée de cotisations de sécurité sociale.

-Régime couvrant les ayants droit à titre facultatif : les deux membres du couple peuvent s'affilier en propre ou l'un peut s'affilier en qualité d'ayant droit de l'autre. Dans les deux cas la contribution de l'employeur versée pour eux est exonérée de cotisation de sécurité sociale.

¹⁰ Dispositif MADELIN : permet aux travailleurs non salarié-e-s de déduire de leur revenu professionnel imposable, les cotisations d'un contrat de prévoyance et de santé MADELIN dans la limite de leur plafond de déduction fiscale.

Pour bénéficier de la déductibilité fiscale et sociale un contrat doit être responsable.

Les contrats responsables ont été instaurés pour accompagner le dispositif de médecin traitant. Ils sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006. Ces contrats doivent respecter un certain nombre de conditions :

- Ils ne peuvent pas compenser la baisse de remboursement de l'assurance maladie lorsque le patient est hors parcours de soins (depuis février 2009 l'assurance maladie ne rembourse qu'à 30% les consultations hors parcours de soins contre 50% auparavant).
- Ils doivent garantir un bon niveau de remboursement complémentaire sur des prestations importantes et prendre en charge au moins deux actions de préventions.

Depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, la plupart des contrats de complémentaire santé sont « responsables », ce qui signifie qu'ils remboursent, comme l'assurance maladie obligatoire, en fonction de la situation du patient, dans ou hors parcours de soins coordonnés.

Critères depuis le 1^{er} janvier 2006 :

- 1) Exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de la participation de l'assuré social à défaut de choix du médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin.
- 2) Exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires des spécialistes sans accord du médecin traitant.
- 3) Exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire de 1Euro pour chaque acte ou consultation (en vigueur depuis le 01/ 01 /2005).
- 4) Non prise en charges des franchises.

La portabilité

Depuis le 1er juillet 2009, tout salarié ayant perdu son emploi peut continuer à bénéficier de la couverture complémentaire proposée par son ex-entreprise. Pour une durée égale à son dernier contrat de travail et pour 9 mois maximum, ce dispositif résulte de l'accord interprofessionnel du 11 janvier 2008 et est en vigueur depuis le 1er juillet 2009.

L'article 14 de l'accord¹², stipule qu'en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, il y a portabilité des dispositions du régime, qu'il y a maintien du bénéfice des garanties de prévoyance et frais de santé financés conjointement par l'employeur et l'ancien salarié dans les mêmes proportions qu'antérieurement à la rupture du contrat de travail et ceci pendant une partie de la période de chômage.

Les caractéristiques de la portabilité sont les suivantes :

Durée : la durée de portabilité est égale à la durée du contrat de travail dans la limite de 9 mois.

Conditions de la portabilité : la rupture du contrat droit ouvrir à la prise en charge par le régime d'assurance chômage. Les droits à la couverture complémentaire doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur.

¹¹ Loi du 13 août 2004, article 57

¹² Arrêté d'extension : JO du 25 juillet 2008

Objet de la portabilité : les intéressés garderont le bénéfice des garanties des couvertures complémentaires santé et prévoyance appliquées dans leur ancienne entreprise.

Toutes les garanties complémentaires obligatoires et facultatives sont visées par ce dispositif. Les éventuelles modifications à la hausse ou à la baisse des garanties seront applicables aux bénéficiaires de la portabilité.

Financement : le financement est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les proportions et conditions applicables aux salarié-e-s de l'entreprise ou par un système de mutualisation défini par accord collectif. Le financement du dispositif peut avoir lieu selon 2 possibilités :

1^{ère} possibilité : cofinancement du dispositif : l'ex salarié paie sa quote-part par prélèvement direct sur son compte bancaire, l'entreprise verse sa part à l'organisme assureur. L'entreprise prélève avec l'accord du salarié, le montant total de la cotisation salariale sur son solde de tout compte.

2^{ème} possibilité : Un accord d'entreprise met en place un système de mutualisation, à défaut d'accord collectif, le dispositif peut être mis en place par référendum ou décision unilatérale de l'employeur.

Le salarié a la possibilité de renoncer au maintien des garanties, cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties tant santé que prévoyance. Elle doit être notifiée par écrit à l'ancien employeur. L'ancien salarié ne pourra percevoir, au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, des indemnités journalières (régime de base +complémentaire) supérieures à l'allocation chômage qu'il aurait perçue pour la même période.

La date d'entrée en vigueur de la portabilité était au 1^{er} juillet 2009 pour les employeurs adhérents directement ou indirectement à une organisation patronale signataire de l'accord (le MEDEF, la CGPME et l'UPA), pour les entreprises non adhérentes à ces organisations patronales mais dont l'activité relève d'une branche professionnelle dans laquelle celles-ci sont reconnues représentatives, application depuis le 16 octobre 2009. Pour les entreprises non adhérentes aux organisations patronales ci-dessus et qui ne sont pas reconnues représentatives (économie sociale, secteur agricole, professions libérales) la disposition n'est pas applicable. D'autre part ce dispositif est encadré sur le plan tarifaire : la loi EVIN¹³ interdit d'augmenter le tarif global (part patronale + part salariale) de plus de 50%.

¹³ Loi EVIN du 31 décembre 1989.

GRANDES CARACTERISTIQUES DES REGIMES DE PREVOYANCE

Un régime de prévoyance comporte trois types de garanties incontournables :

- **L'Invalidité / Incapacité** : garantie fonctionnant en complément de la rente invalidité de la Sécurité Sociale.
- **Les indemnités journalières** : en complément des indemnités journalières de la Sécurité Sociale.
- **La garantie décès ou invalidité**: 3^{ème} catégorie dite : Assurance Décès Invalidité (AID).

D'autres garanties peuvent s'y ajouter, liées au décès mais souvent optionnelles :

La rente éducation (versement d'une rente à un enfant lors du décès ou de la mise en invalidité 3^{ème} catégorie de l'assuré), elle permet à l'enfant de poursuivre ses études, elle se termine avec la fin des études supérieures avec un âge butoir (25 ou 26 ans selon les contrats).

La rente de conjoint : versement d'une rente viagère au conjoint (marié, concubin ou partenaire de PACS) de l'assuré décédé. Le caractère viager de la rente rend cette garantie onéreuse et peu retenue.

La Dépendance : la couverture du risque dépendance est désormais possible dans le cadre d'un contrat de prévoyance collective.

LES POINTS DE VIGILANCES

a) en complémentaire santé :

- Définition de la catégorie objective de personnel,
- Définition de la notion d'ayants droit,
- Nature de l'adhésion des ayants droit,
- Structure de la cotisation et affectation de la contribution patronale,
- Cas dérogatoire,
- Critère d'ancienneté,
- Sort des salarié-e-s dont le contrat de travail est suspendu,
- Garantie : optique, dentaire, dépassement d'honoraires.

b) en prévoyance :

- Maintien de salaire, niveau de garantie, point de départ de l'indemnisation, articulation avec la convention collective, durée de l'indemnisation.
- Invalidité/incapacité : la définition des garanties doit être la même que la Sécurité Sociale.
- Nature des garanties en cas de décès : importance de la rente éducation.
- En cas de changement d'organisme assureur : sort des revalorisations pour les personnes bénéficiant d'une rente.

Histoire de « l'assurance »

Se prémunir contre « *le malheur* » est une très vieille idée. 600 ans avant notre ère, en Grèce, les artistes créent une caisse d'entraide destinée à secourir ceux que le malheur frappait. Il s'agissait d'entraide et d'assistance mutuelle, pas vraiment d'assurance.

L'assurance naît avec le Moyen Age, quand le pape Grégoire IX interdit en 1227, certaine pratique du prêt parce qu'usuraire. C'est la séparation du prêt et de la garantie.

Les pratiques de l'assurance vont alors sillonner l'Europe continentale. Il faut attendre 1830/1840 pour que les premières sociétés d'assurance apparaissent en France. Entre 1885 et 1890, Gambetta instaure les premières lois sociales sur les assurances maladies et les accidents de travail. Leurs gestions appartiennent alors au privé. 1900 voit apparaître la mutualité, la mutualité agricole. Mais les premières grandes mutualités d'assurances sans intermédiaires se créeront en 1934, 1935.

Une rupture se produit en 1945 avec en outre trois grandes mesures :

- Nationalisation des risques accident du travail, famille et maladie par transfert d'office vers les caisses d'assurances sociales.
- Nationalisation des 10 plus grosses compagnies d'assurance et nationalisation bancaire.
- Création du CNA, petit parlement de l'assurance.

En 1947, une convention collective décès cadre est signée, puis vont suivre une série de réformes destinées à remettre en cause ces acquis :

1973-1979 ➔ Début de l'Europe des assurances.

1976 ➔ 1^{er} Code des assurances.

1989 ➔ Adaptation du Code des assurances au droit européen.

1992-1994 ➔ Directives européennes et devenir du champ du secteur des assurances.

1996 ➔ Restructuration du secteur capitaliste de l'assurance.

1999 ➔ CMU.

2003 ➔ Début de la banque assurance.

EN CONCLUSION

La CGT a la responsabilité de faire grandir l'idée que la Sécurité Sociale est un investissement humain durable, facteur de bien-être social et de développement économique. Revenir à l'ambition fondatrice, nécessite de porter des propositions d'évolutions pour que la Sécurité Sociale intègre la prise en charge de tous les risques et réponde aux nouveaux problèmes sociaux qui existent aujourd'hui. L'investissement dans la protection sociale n'est pas un coût comme certains discours patronaux laissent entendre mais un outil précieux de justice sociale qui répond aux besoins premiers des individus, des ménages et qui s'inscrit dans la logique des droits de l'homme. Une autre répartition des richesses est possible, en consacrant une part plus importante des richesses créées par le travail au financement de la Sécurité Sociale.