

**RAPPORT D'ACTIVITÉ
DE LA
COMMISSION DES ACCORDS DE RETRAITE
ET DE PRÉVOYANCE
PRÉVUE PAR L'ARTICLE L. 911-3
DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Année 2014

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	3
I. PRESENTATION DE LA COMMISSION DES ACCORDS DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE ET DES PROCEDURES D'EXTENSION ET D'ELARGISSEMENT	4
A. OBJETS ET CONSEQUENCES DE L'EXTENSION ET DE L'ELARGISSEMENT	5
B. LE DEROULEMENT DE LA PROCEDURE	6
C. LE ROLE DE LA COMAREP DANS LA PROCEDURE D'EXTENSION	7
D. LA COMPOSITION DE LA COMAREP	8
E. LES DECISIONS PRISES PAR LE(S) MINISTRE(S) APRES AVIS DE LA COMAREP	8
II. FAITS MARQUANTS DE L'ANNEE 2014.....	10
A. LE DECRET RELATIF AUX GARANTIES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE DES SALARIES MISES EN PLACE EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 911-7 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	10
B. LES DECRETS D'APPLICATION DE L'ARTICLE L. 912-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE.....	12
C. DECRET RELATIF AU CONTENU DES CONTRATS DITS « RESPONSABLES ».....	14
D. ENTREE EN VIGUEUR DE DISPOSITIONS STRUCTURANTES POUR LES BRANCHES PROFESSIONNELLES ET LES ENTREPRISES.....	15
E. DECISIONS DE LA COUR DE CASSATION DU 11 FEVRIER 2015	16
LA CHAMBRE SOCIALE DE LA COUR DE CASSATION A RENDU QUATRE ARRETS SIGNIFICATIFS RELATIFS A LA CLAUSE DE DESIGNATION.....	16
III. L'ACTIVITE DE L'ANNEE 2014.....	17
A. L'ACTIVITE DE LA COMMISSION EST RESTEE SOUTENUE	17
B. CARACTERISTIQUES DES ACCORDS EXAMINES.....	19
C. PRINCIPALES OBSERVATIONS FORMULEES PAR LA COMAREP, PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION DES ACCORDS	21
IV. LES NOUVEAUX REGIMES EXAMINES PAR LA COMAREP EN 2014.....	27
CONTRIBUTION DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES.....	29
LES ORGANISATIONS DE SALARIÉS	30
LES ORGANISATIONS PATRONALES.....	35
ANNEXES.....	39
ANNEXE I.....	40
ANNEXE II.....	41
ANNEXE III - INDICATEURS MESURANT L'ACTIVITE DE LA COMAREP	43

AVANT-PROPOS

La commission des accords de retraite et de prévoyance (**COMAREP**) est chargée de rendre un avis en amont de l'extension des accords de protection sociale complémentaire et de retraite complémentaire.

L'année 2014 a été marquée par un contexte d'évolutions importantes dans le champ de la protection sociale complémentaire collective : suites de la décision du Conseil constitutionnel relative aux clauses de désignation ; publication de plusieurs décrets structurants pour le secteur (notamment quant à l'encadrement des contrats dits « responsables » et à l'application de la loi de sécurisation de l'emploi) ; préparation des branches et des entreprises à la généralisation de la couverture complémentaire en matière de remboursements de frais de santé des salariés.

L'activité de la commission est restée soutenue même si le nombre d'accords examinés a quelque peu diminué. L'activité de la COMAREP devrait croître en 2015 dans la perspective de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé des salariés à compter du 1^{er} janvier 2016. Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation des contrats dits « responsables » ainsi que la mise en œuvre, au sein des branches professionnelles, des nouvelles dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale pourraient accroître le nombre d'accords présentés à l'extension.

La procédure d'extension étant précédée d'un examen de la légalité des accords, et conformément à son rôle, l'action de la COMAREP est centrée sur l'analyse des accords qui lui sont soumis pour identifier les clauses qui, dans les accords de branche ou interprofessionnels, seraient contraires aux normes juridiques en vigueur. Elle est également susceptible, à cette occasion, d'attirer l'attention des branches professionnelles sur certains points de vigilance (par exemple entrée en vigueur prévue d'une évolution de la réglementation nécessitant une mise à jour de l'accord collectif).

La COMAREP, constituée de représentants des partenaires sociaux, est, par nature, un lieu de débat. Elle garantit la libre expression de chacune des organisations représentées et de chacun des membres et s'attache à privilégier une approche consensuelle. Les avis adoptés par la COMAREP traduisent les positions majoritaires ou unanimes issues des débats. Le rôle de la COMAREP est consultatif, l'extension des accords étant du ressort des ministres compétents.

Le rapport annuel d'activité de la COMAREP a pour objet de présenter l'action de la commission, de recenser et d'expliquer les principales observations formulées sur les accords pouvant conduire à des refus d'extension, des renvois à la négociation, des réserves d'interprétation, des exclusions ou des appels à l'attention.

Ce quatrième rapport, établi pour l'année 2014, se fixe ainsi comme ambition de contribuer à une meilleure appréhension par les partenaires sociaux des analyses retenues par la COMAREP. Il intéressera également les organismes assureurs ainsi que l'ensemble des parties prenantes de la protection sociale complémentaire, au premier rang desquels les employeurs et salariés. Il vise ainsi à contribuer à l'amélioration du contenu des accords négociés par les partenaires sociaux en identifiant les différents points appelant des observations récurrentes de la commission.

Par ailleurs, ce rapport annuel contribue à l'observation des évolutions de la protection sociale complémentaire de branche des salariés, en présentant les régimes créés dans l'année ainsi que les modifications apportées aux régimes existants.

INTRODUCTION

Le présent rapport présente les missions et les travaux de la commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP). La COMAREP est saisie pour avis, en application des dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, de tout accord collectif de branche, relatif à la retraite complémentaire et à la protection sociale complémentaire des salariés, préalablement à leur extension ou à leur élargissement.

Ce quatrième rapport de la COMAREP couvre l'exercice 2014. Il est composé de quatre parties.

La première partie présente le rôle de la COMAREP au sein de la procédure d'extension et d'élargissement et son articulation avec la commission nationale de la négociation collective.

Le rapport présente dans une deuxième partie les faits marquants de l'exercice écoulé relatifs à la négociation collective en matière de protection sociale complémentaire: L'année 2014 a été notamment marquée par la publication de plusieurs décrets d'application relatifs à la protection sociale complémentaire : le décret relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, le décret portant sur la définition des garanties présentant un degré élevé de solidarité et le décret relatif à la procédure de mise en concurrence préalable, tous deux pris en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, et enfin le décret relatif au nouveau cahier des charges des contrats dit « responsables ».

La troisième partie est consacrée à l'activité de la COMAREP au cours de l'année 2014. Le rapport analyse l'activité des branches dans ce domaine et met en évidence les grandes évolutions des régimes de protection sociale issues des accords. Il récapitule les principales observations produites au cours de l'année par la commission. Il fait également état des conséquences de la décision du Conseil constitutionnel sur les accords instaurant des régimes comportant une clause de désignation.

La quatrième partie présente les régimes créés et étendus au cours de l'année 2014.

I. Présentation de la commission des accords de retraite et de prévoyance et des procédures d'extension et d'élargissement

Les conventions collectives ont vocation à traiter des règles suivant lesquelles s'exerce le droit des salariés à la négociation collective de l'ensemble de leurs conditions d'emploi, de formation professionnelle et de travail, ainsi que de leurs garanties sociales. L'accord collectif traite un ou plusieurs sujets déterminés dans cet ensemble (articles L. 2221-1 et L. 2221-2 du code du travail).

Les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et leurs ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale, qui peuvent être mises en place par voie de conventions ou d'accords collectifs, ont notamment pour objet de prévoir la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude, du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de

retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière (article L. 911-2 du code de la sécurité sociale).

Les conventions de branche et les accords professionnels ou interprofessionnels peuvent être étendus et élargis. En pratique, lorsqu'ils concernent les garanties collectives énumérées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, la COMAREP est saisie dans le cadre de la procédure d'extension et d'élargissement.

A. Objets et conséquences de l'extension et de l'élargissement

Les conventions et accords collectifs de travail déterminent leur champ d'application territorial et professionnel (article L. 2222-1 du code du travail). Ils s'appliquent à toutes les entreprises adhérentes des organisations professionnelles d'employeurs signataires de ce texte, ainsi qu'aux salariés de ces entreprises.

La procédure d'extension a pour objet de rendre obligatoire à l'ensemble des entreprises entrant dans ce champ d'application, et non plus seulement aux entreprises adhérentes à une organisation patronale signataire, les dispositions d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel (article L. 2261-15 du code du travail).

La procédure d'extension peut être engagée à la demande de l'une des organisations syndicales d'employeurs ou de salariés représentatives dans le champ d'application considéré ou à l'initiative du ministre chargé du travail (article L. 2261-24 du code du travail).

La procédure d'élargissement, définie à l'article L. 2261-17 du code du travail, va plus loin que l'extension. Tout comme la procédure d'extension, elle peut être engagée, à la demande de l'une des organisations représentatives intéressées, ou à l'initiative du ministre, en cas d'absence ou de carence des organisations de salariés ou d'employeurs se traduisant par une impossibilité persistante de conclure une convention ou un accord dans une branche d'activité ou un secteur territorial déterminé.

En application de l'article L. 2261-17 du code du travail, le ministre chargé du travail peut :

- rendre obligatoire dans le secteur territorial considéré une convention ou un accord de branche déjà étendu à un secteur territorial différent. Le secteur territorial faisant l'objet de l'arrêté d'élargissement doit présenter des conditions économiques analogues à celles du secteur dans lequel l'extension est déjà intervenue ;
- rendre obligatoire dans le secteur professionnel considéré une convention ou un accord professionnel déjà étendu à un autre secteur professionnel. Le secteur professionnel faisant l'objet de l'arrêté d'élargissement doit présenter des conditions analogues à celles du secteur dans lequel l'extension est déjà intervenue, quant aux emplois exercés ;
- rendre obligatoire dans une ou plusieurs branches d'activité non comprises dans son champ d'application un accord interprofessionnel étendu.

Lorsqu'une convention de branche n'a pas fait l'objet d'avenant ou annexe pendant cinq ans au moins ou, qu'à défaut de convention, des accords n'ont pu y être conclus depuis cinq ans au moins, cette situation peut être assimilée au cas d'absence ou de carence des organisations au sens de l'article L. 2261-17, et par conséquent donner lieu à l'application de la procédure d'élargissement (article L. 2261-18 du code du travail).

La procédure d'élargissement est nettement moins fréquemment mise en œuvre que la procédure d'extension.

B. Le déroulement de la procédure

Les partenaires sociaux déposent les conventions de branche et accords professionnels ou interprofessionnels auprès des services centraux du ministère chargé du Travail. Lorsque le dossier de dépôt est complet, le récépissé est délivré par le service en charge de la gestion des textes conventionnels de la Direction générale du travail (DGT). La demande d'extension peut être concomitante au dépôt du texte. La procédure d'extension n'est engagée qu'une fois le dépôt du texte constaté par la remise d'un récépissé de dépôt.

Parallèlement à la première analyse du contenu du texte, un avis d'extension est publié au Journal officiel, afin de permettre aux personnes intéressées de faire connaître leurs observations. Les organisations et les personnes intéressées disposent d'un délai de quinze jours à compter de la publication de l'avis pour présenter leurs observations ou leur opposition à l'extension (article D. 2261-3 du code du travail).

Le texte de la convention de branche ou de l'accord professionnel ou interprofessionnel considéré peut être consulté au bulletin officiel des conventions collectives mis en ligne sur le site internet des journaux officiels. Si le bulletin hebdomadaire n'est pas encore publié lorsque l'avis est rendu public, le texte peut alors être obtenu auprès des directions régionales des entreprises, de la consommation, de la concurrence, du travail et de l'emploi. Cet avis permet notamment de recueillir des observations portant sur :

- d'éventuels chevauchements de champs ;
- des vices intervenus dans le processus de négociation ;
- toute difficulté d'ordre juridique inhérente au texte.

Le service compétent chargé de l'extension vérifie la conformité du texte avec la législation et la réglementation. Il apprécie la pertinence et l'opportunité des observations recueillies auprès de ces services et directions, au regard de l'intention des parties et de l'économie générale de l'accord.

Une fois cette analyse faite, le texte est soumis, selon les cas, à la sous-commission « extension » de la Commission nationale de la négociation collective, et/ou à la COMAREP (cf. point suivant).

Lors de cet examen par l'une ou l'autre de ces commissions, lorsque au moins deux organisations professionnelles membres de la commission et appartenant au même collège émettent une opposition écrite et motivée à l'extension et/ou à l'élargissement d'un accord, le ministre du travail (ou, le cas échéant, de la sécurité sociale) peut consulter à nouveau la commission sur la base d'un rapport précisant la portée des dispositions en cause ainsi que les conséquences d'une éventuelle extension (article L. 2261-27 du code du travail).

Au vu des observations et des débats tenus en commission, le service chargé de l'extension procède à la rédaction des arrêtés d'extension et, le cas échéant, à la rédaction des courriers signifiant le renvoi à la négociation ou le refus d'extension. Dans le cadre de la procédure de double opposition décrite ci-dessus, si le ministre décide d'étendre l'accord en cause, au vu du nouvel avis émis par la commission, sa décision doit être motivée.

C. Le rôle de la COMAREP dans la procédure d'extension

En application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels ont pour objet exclusif la détermination des garanties mentionnées à l'article L. 911-2, leur extension aux salariés, aux anciens salariés, à leurs ayants droit et aux employeurs compris dans leur champ d'application est décidée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis motivé de la COMAREP. Les ministres ne sont toutefois pas liés par cet avis.

En pratique, la COMAREP est saisie de tout accord de branche portant sur des garanties de retraite complémentaire et de protection sociale complémentaire.

Elle constitue donc l'instance technique compétente dans le domaine de la protection sociale complémentaire.

Les textes relevant de la COMAREP sont étendus selon deux types de procédures (cf. schéma page 17), mises en œuvre selon que le texte relève de la compétence des ministres de la sécurité sociale et du budget ou de celle du ministre du travail :

- lorsque le texte relève de la compétence du ministre du travail, la COMAREP est saisie pour avis en qualité de « commission technique » avant que l'accord ne soit soumis à l'examen de la commission nationale de la négociation collective ;
- lorsque le texte relève de la compétence du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre du budget, il appartient à la direction de la sécurité sociale de mettre en œuvre la procédure (saisine des bureaux techniques pour avis, publication d'un avis préalable à l'extension au Journal officiel). Dans ce cas, seule la COMAREP est consultée et rend un avis motivé. L'arrêté d'extension est signé par le ministre en charge de la sécurité sociale et le ministre en charge du budget.

La répartition des compétences s'opère selon deux critères cumulatifs : le fait que l'accord ait ou non pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire, et le fait qu'il s'intègre ou non dans une convention collective.

Les accords n'ayant pas pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire ainsi que ceux qui ont pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire, mais qui s'incorporent à une convention collective relèvent de la compétence du ministre du travail.

En revanche, ceux qui ont pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire et qui sont considérés comme autonomes vis à vis d'une convention collective relèvent de la compétence des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Il appartient aux partenaires sociaux de préciser s'ils ont entendu conférer un caractère autonome à l'accord professionnel dont ils demandent l'extension.

A défaut, l'intention des parties quant au rattachement du texte à une convention collective ou au contraire à son caractère autonome est recherchée notamment à partir des éléments suivants :

- le fait que le titre du texte ou d'autres mentions dans le corps du texte indiquent une volonté d'incorporation de celui-ci à une convention collective ;
- le fait que le texte mentionne un champ d'application ;
- la présence d'une clause de révision et/ou de dénonciation particulière.

D. La composition de la COMAREP

Un décret du 15 juin 1959 prévoit que la COMAREP est composée de 30 membres, nommés par arrêté du ministre du travail, sur proposition des organisations professionnelles. Elle compte :

- 15 représentants des organisations patronales représentatives au niveau national :
 - o 8 représentants titulaires et 8 représentants suppléants pour le MEDEF ;
 - o 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants pour la CGPME ;
 - o 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants pour l'UPA ;
 - o 1 représentant titulaire et 1 représentant suppléant pour l'UNAPL ;
- 15 représentants des organisations syndicales représentatives au niveau national :
 - o 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants pour la CGT ;
 - o 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants pour la CGT-FO ;
 - o 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants pour la CFDT ;
 - o 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants pour la CFTC ;
 - o 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants pour la CFE-CGC.

Elle est présidée par un représentant du ministre du travail, et son secrétariat est assuré par la Direction de la sécurité sociale.

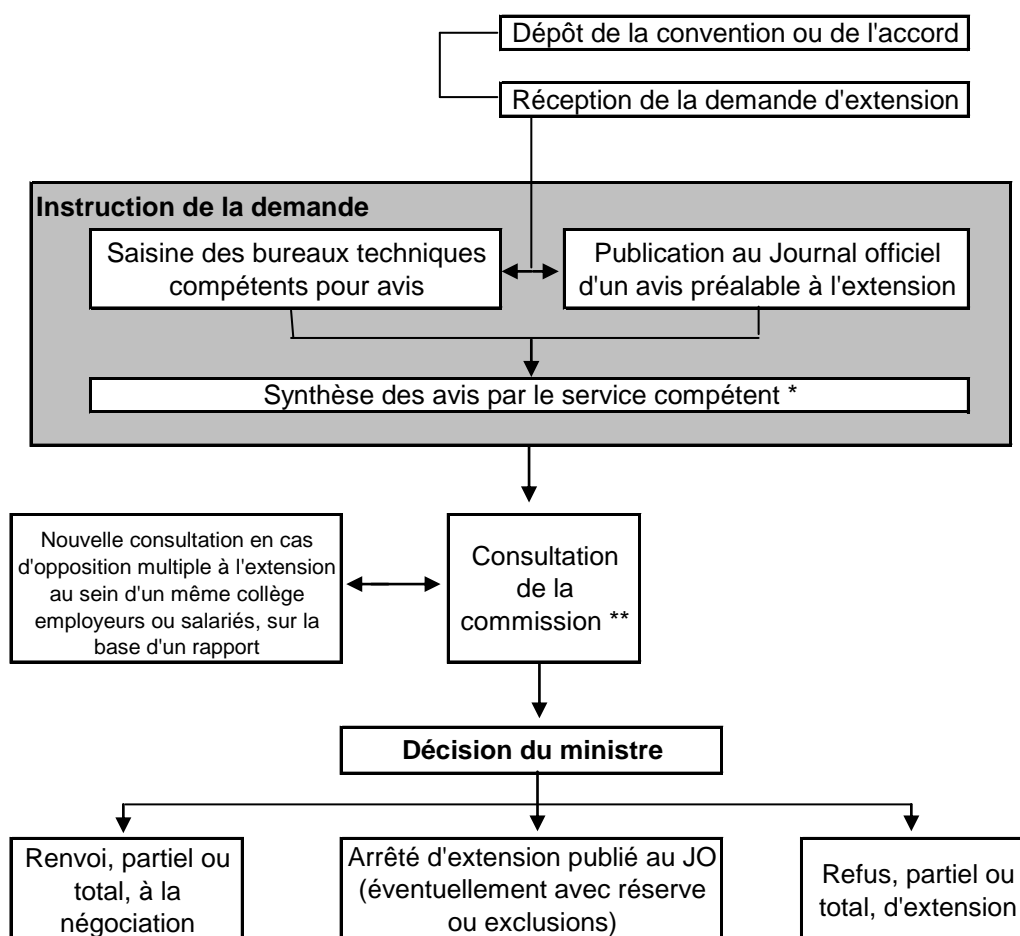
E. Les décisions prises par le(s) ministre(s) après avis de la COMAREP

Tout comme la commission nationale de la négociation collective (CNNC), la COMAREP peut, sur proposition de l'administration ou de son propre chef, proposer :

- d'étendre l'accord sans observations ;
- de formuler un **appel à l'attention** des partenaires sociaux : cet appel à l'attention n'apparaît pas dans l'arrêté d'extension, il est seulement formulé dans la lettre de notification de la parution au Journal officiel de l'arrêté adressée aux partenaires sociaux. Il vise à inciter les partenaires sociaux à revoir certaines clauses qui, sans être illégales, pourraient être améliorées par voie d'avenant ;
- d'émettre des **réserves d'interprétation** (article L. 2261-25 du code du travail) : lorsque la rédaction de certaines clauses de l'accord collectif est incomplète ou peut donner lieu à des interprétations divergentes, la réserve d'interprétation rappelle les dispositions légales applicables, et la manière dont la clause doit être mise en œuvre ;
- d'**exclure certaines dispositions** de l'extension (même article), si celles-ci sont contraires à la législation, ou bien si elles ne répondent pas à la situation de la branche ;
- de **renvoyer**, en totalité ou en partie, **le texte à la négociation** : lorsque le texte n'est pas conforme à la réglementation ou lorsque les exclusions seraient trop nombreuses ou risqueraient de porter atteinte à l'économie générale du dispositif, l'organisation qui a fait la demande d'extension est informée par courrier que le texte ne peut être étendu en l'état de sa rédaction. Les partenaires sociaux sont par conséquent invités à revoir les termes de l'accord ;
- de **refuser l'extension** : pour des raisons de légalité (texte instaurant un dispositif illégal) ou d'opportunité (motif d'intérêt général), le texte n'est pas étendu. L'organisation qui a fait la demande d'extension en est informée par courrier. Le Conseil d'Etat a reconnu que le ministre dispose à cet égard d'un pouvoir d'appréciation lui permettant de refuser l'extension d'un texte, pour des motifs d'intérêt général tenant notamment aux objectifs de la politique économique et sociale ou à la protection de la situation des tiers (CE, Section, 21 novembre 2008, n° 300135).

Il appartient ensuite au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre du budget d'apprécier les suites à donner à cet avis de la COMAREP, qui doit être motivé.

Schéma de la procédure d'extension et d'élargissement



* Service extension de la Direction générale du travail ou bureau des régimes professionnels de retraite et des institutions de la protection sociale complémentaire de la Direction de la sécurité sociale

** Commission nationale de la négociation collective siégeant en sous-commission des conventions et accords, ou Commission des accords de retraite et de prévoyance

II. Faits marquants de l'année 2014

L'année 2014 a été, à l'instar de 2013, particulièrement riche pour la protection sociale complémentaire. Elle a tout d'abord été marquée par la publication de plusieurs décrets d'application structurants: le décret relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, le décret sur la définition des garanties présentant un degré élevé de solidarité et le décret sur la procédure de mise en concurrence préalable en cas de clause de recommandation, tous deux pris en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et enfin le décret sur le nouveau cahier des charges des contrats dit « responsables ». Par ailleurs, le décret du 9 janvier 2012 modifié en 2014, relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, est également entré en vigueur au cours de l'année écoulée. L'année 2014 a également été marquée par l'entrée en vigueur de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, résultant de l'accord national interprofessionnel de janvier 2013, relatif à la portabilité en matière de couverture complémentaire santé.

A. Le décret relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale

Le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale a été publié le 10 septembre 2014.

Il définit le contenu du panier de soins minimal que l'employeur devra mettre en place à titre obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2016 ainsi que les cas de dispense d'adhésion qui pourront être utilisés par le salarié ou par son conjoint.

S'agissant des salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

• Contenu du panier de soin minimum

A compter du 1^{er} janvier 2016, les salariés doivent pouvoir bénéficier d'une couverture collective obligatoire dont le contenu comporte au moins les garanties ci-dessous :

- La prise en charge de l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les consultations, actes techniques et dépenses de pharmacie en ville et à l'hôpital (à l'exception des cures thermales et des médicaments à service médical faible dont le taux de remboursement est de 15%) ;
- La prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier ;
- La prise en charge à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale (soit l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire plus 25% de dépassement par rapport à ces tarifs);

- Un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Le montant de ce forfait minimum est fonction du niveau de correction de l'assuré (100€, 150€ ou 200€). Il couvre les frais engagés pour un équipement (deux verres et une monture) par période de prise en charge de deux ans. Cette période est portée à 1 an pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue.

La couverture mise en place à titre obligatoire dans l'entreprise doit en outre respecter le cahier des charges du contrat dit « responsable ». Elle doit être également être financée au moins pour moitié par l'employeur.

L'article L. 911-7 prévoit par ailleurs que des modalités spécifiques de ce financement doivent être déterminées par décret en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel.

- **Cas de dispense d'adhésion à la couverture collective obligatoire**

1. *Les cas de dispense ouverts au salarié*

Le décret du 8 septembre 2014 a instauré l'article D. 911-2 dans le code de la sécurité sociale. Il dispose que l'acte juridique qui met en place la couverture peut prévoir la faculté pour certaines catégories de salariés d'être dispensés de l'adhésion obligatoire. En effet, la généralisation de la couverture complémentaire santé implique une obligation pour l'employeur d'offrir cette couverture aux salariés, le salarié étant quant à lui susceptible de faire valoir une demande de dispense d'affiliation dans des cas limitativement énumérés. Ils doivent être mentionnés dans l'acte juridique (accord collectif par exemple) qui instaure la couverture.

Les cas de dispense applicables à la généralisation de la couverture complémentaire santé sont les mêmes que ceux prévus pour la définition du caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale :

- a) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'au moins 12 mois s'ils justifient d'une couverture individuelle équivalente ;
- b) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de moins 12 mois, sans avoir besoin de justifier d'une couverture individuelle ;
- c) Salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime collectif représente au moins 10% de leur rémunération brute ;
- d) Salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-c. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- e) Salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat individuel ;
- f) Salariés qui bénéficient, même en temps qu'ayants droit, d'une couverture collective conforme à celles définies dans l'arrêté du 26 mars 2012.

Par ailleurs, l'article 11 de la loi Evin prévoit que les salariés qui étaient employés avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé par une décision unilatérale (DUE) de l'employeur ne peuvent pas être contraints d'y adhérer.

Dans ce cas, la dispense peut s'exercer de plein droit c'est-à-dire qu'elle n'a pas à être prévue dans la DUE. Le salarié doit simplement indiquer son refus d'adhésion à l'employeur et justifier de sa présence dans l'entreprise avant la DUE.

2. Cas de dispense des ayants droit

Les partenaires sociaux ou l'employeur peuvent prévoir la couverture obligatoire des ayants droit, par exemple dans le cadre de « cotisations famille ». Une telle situation pourrait conduire à des cas de double cotisation, qui ne sont pas souhaitables.

Il peut en effet advenir, lorsque l'acte juridique instaurant ce régime ne prévoit pas ces cas de dispense, que la couverture collective s'applique aussi aux ayants droit même s'ils sont déjà couverts à titre obligatoire par leurs employeurs.

Dans la perspective de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise et afin d'empêcher les situations de double cotisation, le décret du 8 septembre 2014 a introduit un article D. 911-3 dans le code de la sécurité sociale.

Cet article précise que lorsque la couverture complémentaire santé obligatoire s'impose également aux ayants droit, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture des ayants droit, sous réserve que ces derniers soient déjà couverts par ailleurs dans certaines conditions (celles-ci sont définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6). L'ayant droit peut donc, de droit, être dispensé d'adhérer s'il est déjà couvert dans ces conditions.

Exemple :

Les entreprises x et y couvrent à titre obligatoire leurs salariés. L'accord instaurant les garanties prévoient, en fonction de la situation matrimoniale : une couverture dite « isolée » pour les salariés célibataires et une couverture dite « famille » lorsque les salariés ont des ayants droit. Elles n'ont pas prévu de dispense d'adhésion pour les ayants droit déjà couverts à titre obligatoire.

Monsieur A est salarié dans l'entreprise x et Madame A est salariée dans l'entreprise y.

Cependant dans ce cas, sur le fondement de l'article D. 911-3, Monsieur A pourra être dispensé de la couverture obligatoire de l'entreprise y et Madame A de celle de l'entreprise x. En conséquence, chacun d'eux pourra s'acquitter d'une cotisation isolée dans l'entreprise où il est salarié.

B. Les décrets d'application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale

L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale prévoient que, désormais, les accords collectifs de protection sociale complémentaire peuvent prévoir que les partenaires sociaux recommandent un ou plusieurs organismes assureurs mais à condition que :

- L'accord collectif prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité ;
- La recommandation soit précédée d'une procédure de mise en concurrence préalable.

Deux décrets d'application ont été publiés pour préciser la notion de degré élevé de solidarité et la procédure de mise en concurrence préalable.

Un décret relatif au contenu du rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, que doivent adresser au ministre chargé de la sécurité sociale gouvernement le ou les organismes recommandés est en cours d'élaboration.

- **Décret relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1**

Le décret n°2014-1498 du 11 décembre 2014 relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale a été publié le 13 décembre 2014.

Le décret indique que les garanties présentant un degré élevé de solidarité impliquent le respect de deux conditions liées à leur financement d'une part et à leur nature d'autre part :

- Elles doivent représenter au moins à hauteur de 2% de la prime ou de la cotisation ;
- Elles doivent correspondre à des prestations non contributives, des actions de prévention ou de l'action sociale.

Le décret précise notamment que les prestations non contributives peuvent comprendre la prise en charge des cotisations des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion ou la prise en charge de cotisation de salariés, apprentis ou anciens salariés acquittant une cotisation représentant au moins 10 % de leurs revenus.

Les actions de prévention peuvent être relatives à la santé publique ou aux risques professionnels. Elles peuvent prendre la forme de formations, réunions d'information, guides pratiques, affiches, etc.

Le décret prévoit enfin que les actions sociales peuvent être individuelles (aides et secours en fonction de la situation matérielle des intéressés) ou collectives (aides face à la perte d'autonomie, l'hébergement en foyers pour handicapés, aides en faveur des enfants handicapés ayants droit et des aidants familiaux).

Le degré élevé de solidarité est caractérisé dès lors que les partenaires sociaux choisissent au moins une des prestations ou actions mentionnées dans la loi et que celles-ci correspondent à 2% de la prime ou de la cotisation.

- **Décret sur la procédure de mise en concurrence préalable à la recommandation d'un ou de plusieurs organismes assureurs**

Le décret n°2015-13 du 8 janvier 2015 relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale a été publié le 10 janvier 2015.

Il prévoit, conformément à la loi, que les partenaires sociaux qui recommandent un ou plusieurs organismes assureurs pour assurer la gestion des garanties obligatoires de protection sociale complémentaire qu'ils instituent doivent procéder à une mise en concurrence préalable de ces organismes.

Dans un objectif de transparence de la procédure, les partenaires sociaux doivent publier un avis d'appel à la concurrence qui doit comporter les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères d'évaluation des offres ainsi que le contenu du cahier des charges que les partenaires sociaux auront élaboré.

Le décret comporte également des dispositions relatives à la prévention des conflits d'intérêt lors du choix du ou des organismes recommandés.

C. Décret relatif au contenu des contrats dits « responsables »

Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales a été publié le 19 novembre 2014. Il définit le nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ce décret, qui est entré en vigueur le 1^{er} avril 2015, a été explicité dans une circulaire d'application du 30 janvier 2015¹ notamment sur trois points.

- **Contenu des garanties**

Le décret précise le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.

Ainsi, ces contrats devront obligatoirement couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier. Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limitée à 125 % du tarif de la sécurité sociale dans un premier temps puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017 et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif (la différence entre les deux devant être d'au moins 20% du tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire).

La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Enfin, il est créé un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale afin de suivre précisément l'évolution de ce secteur et de s'assurer de l'impact des mesures sur l'accès aux soins.

¹ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/02/cir_39195.pdf.

- **Entrée en vigueur**

Le dispositif est entré en vigueur le 1^{er} avril 2015. Cependant, l'entrée en vigueur du décret est différée, sous certaines conditions, pour les contrats d'assurance collectifs pris en application d'un acte juridique signé avant le 1^{er} avril 2015. Il existe ainsi trois cas de figure, retracés ci-après. Pour plus de précisions sur l'ensemble du dispositif, il est recommandé de se référer à la circulaire précitée.

1. *Existence d'un régime frais de santé antérieur au 19 novembre 2014*

Application des anciennes règles jusqu'au 31 décembre 2017 sous réserve que l'acte juridique sur lequel est fondé le contrat d'assurance collective ne soit pas modifié pendant cette période. Si l'acte juridique est modifié, la nouvelle réglementation s'appliquera à la prochaine échéance principale du contrat d'assurance.

2. *Mise en place ou modification du régime frais de santé entre le 19 novembre 2014 et le 31 mars 2015*

Application des anciennes dispositions jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat d'assurance.

3. *Absence de régime frais de santé au 1er avril 2015*

L'acte juridique qui sera conclu à compter de cette date devra respecter la nouvelle réglementation.

- **Application du dispositif en cas de contrats multiples**

La circulaire précitée présente également les règles applicables en cas de contrats multiples ou de contrats dits « surcomplémentaires ».

D. Entrée en vigueur de dispositions structurantes pour les branches professionnelles et les entreprises

- **Portabilité de la couverture complémentaire santé**

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, instauré par l'article 1^{er} de la loi sur la sécurisation de l'emploi, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2014 pour la couverture complémentaire santé. Ainsi, tous les anciens salariés ont droit, dans les mêmes conditions que celles qui étaient prévues par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2014 qui avait instauré ce dispositif, au maintien de leur couverture santé pendant une durée maximale de 12 mois. Le financement mutualisé du mécanisme est rendu obligatoire, ce qui signifie que les demandeurs d'emploi en bénéficient à « titre gratuit », le financement de ce dispositif étant assuré par les salariés en activité et les employeurs.

Cet article entrera en vigueur pour la couverture complémentaire prévoyance le 1^{er} juin 2015.

- **Dispositions relatives au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 avait précisé que le régime social favorable dont bénéficie la participation de l'employeur à l'acquisition de garanties de protection sociale collectives et obligatoires est conditionné au fait que celles-ci bénéficient à l'ensemble des salariés ou à une catégorie d'entre eux, définie sur le fondement de critères objectifs²

Pour son application, le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 a établi les critères, au nombre de cinq, permettant de définir une catégorie objective et précise la manière dont ils peuvent être utilisés, au regard du type de garanties en cause. Afin d'explicitier les modalités d'application du nouveau cadre juridique ainsi défini, la Direction de la sécurité sociale a publié la circulaire du 25 septembre 2013 qui a été complétée par un question/réponse diffusé par lettre circulaire de l'ACOSS du 4 février 2014. Par ailleurs, un décret modificatif, publié le 8 juillet 2014, a précisé les cas de dispense d'adhésion à un régime complémentaire mis en place à titre obligatoire, tout en procédant à des précisions et clarifications sur les critères pouvant être utilisés pour constituer des catégories objectives.

L'ensemble de ces dispositions est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2014 pour toutes les entreprises. La circulaire avait en effet prolongé jusqu'au 30 juin 2014 la période durant laquelle les employeurs pouvaient continuer de se référer aux dispositions antérieures au décret du 9 janvier 2012 au titre de dispositifs mis en place avant son entrée en vigueur.

E. Décisions de la Cour de cassation du 11 février 2015

La chambre sociale de la Cour de cassation a rendu quatre arrêts significatifs relatifs à la clause de désignation.

Elle a tout d'abord estimé que la notion de « contrats en cours » à laquelle la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 faisait référence devait être interprétée comme renvoyant aux actes ayant le caractère d'une convention collective. Cette position est donc conforme à celle que le Conseil d'Etat avait prônée dans son avis du 26 septembre 2013³.

Par ailleurs, la Cour de cassation a considéré qu'une clause de désignation, avec migration obligatoire, était conforme au traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). Elle estime en outre que ce traité ne s'opposait pas à ce que les pouvoirs publics investissent un organisme assureur du droit exclusif de gérer un régime de protection sociale complémentaire et n'imposait pas aux partenaires sociaux des modalités particulières relatives à la désignation.

² Cf. rapport d'activité de la COMAREP pour l'année 2013.

³ Cf. rapport d'activité de la COMAREP pour l'année 2013

III. L'activité de l'année 2014

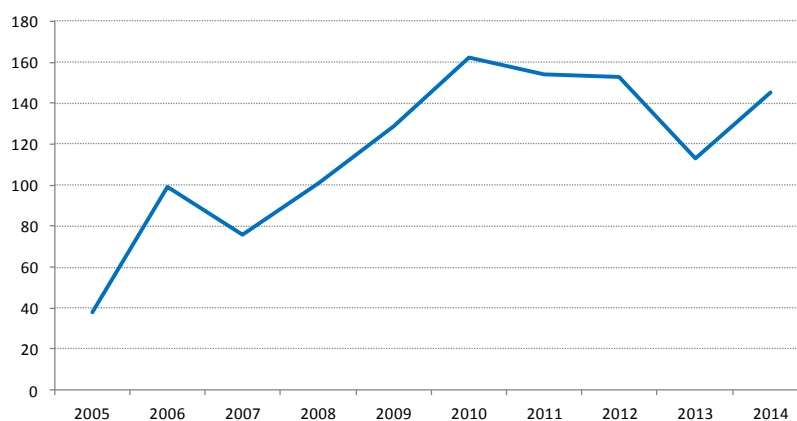
A. L'activité de la commission est restée soutenue

1. Un nombre important d'accords examinés

La COMAREP s'est réunie à 5 reprises dans le courant de l'année 2014. Elle a examiné **153 accords** et avenants, dont 8 avenants relatifs à la retraite complémentaires (accord AGIRC ARRCO).

En matière de protection sociale complémentaire (PSC), l'activité conventionnelle a été particulièrement soutenue puisque **145** accords ont été soumis à la COMAREP. Le volume d'accords instruits est en augmentation par rapport à 2013 (113 accords examinés).

**Nombre d'accords PSC examinés annuellement
par la COMAREP**



Cette nouvelle augmentation par rapport à 2013 s'explique par le fait que le nombre d'accords signés par les partenaires sociaux relatifs à la protection sociale complémentaire a visiblement augmenté en 2014. En effet lors de la rédaction du précédent rapport d'activité de la COMAREP, le nombre d'accord signé en 2013 et transmis à la DSS s'élevait à 43, là où au moment de la rédaction du présent accord, le nombre d'accord signé en 2014 et transmis à la DSS s'élève à 80.

Ce dynamisme fait de la protection sociale complémentaire le 4^{ème} sujet de négociation collective⁴, le 2^{ème} thème négocié dans le cadre des commissions mixtes paritaires et le 1^{er} thème des accords signés dans ce cadre. Plusieurs facteurs y contribuent :

- l'obligation légale fixée par l'article L. 2261-22 du code du travail : pour pouvoir être étendue, une convention de branche doit contenir des clauses portant sur les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie⁵;
- l'influence des accords nationaux interprofessionnels (ANI), lorsqu'ils appellent une déclinaison de leurs stipulations dans chaque convention collective : c'est par exemple le cas de l'ANI du 11 janvier 2008 et de ses avenants successifs qui ont

⁴ Après les conditions de conclusion des accords, la formation professionnelle et l'apprentissage, et les systèmes de primes. Les accords portant sur les salaires sont comptabilisés à part.

⁵ L'article L. 2261-27 du code du travail permet au ministre du travail d'étendre par arrêté une convention ou un accord même si celui-ci ne comporte pas toutes les clauses obligatoires énumérées à l'article L. 2261-22.

instauré le mécanisme de portabilité des droits prévoyance et santé pour les chômeurs ;

- un facteur plus structurel, lié à la « montée en charge » des conventions et accords conclus au cours des dernières années en matière de protection sociale complémentaire, qui font désormais régulièrement l'objet de révisions ;
- un facteur lié également aux divers textes réglementaires ayant eu un impact sur la couverture complémentaire santé et notamment la couverture collective, auxquels les accords ont dû se conformer : par exemple décret du 9 janvier 2012 modifié en 2014, relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire.

2. *Des délais de traitement raccourcis*

Plusieurs indicateurs mesurant l'évolution des délais de traitement imputable au secrétariat de la commission ont été déterminés et font l'objet d'un suivi. On distingue deux types d'indicateur.

Des indicateurs de « court terme », relatifs à la séance de la commission et présentés à chaque début de séance, qui visent notamment à établir un état des lieux des accords en stock à la date de la commission ou à présenter l'ancienneté des accords examinés.

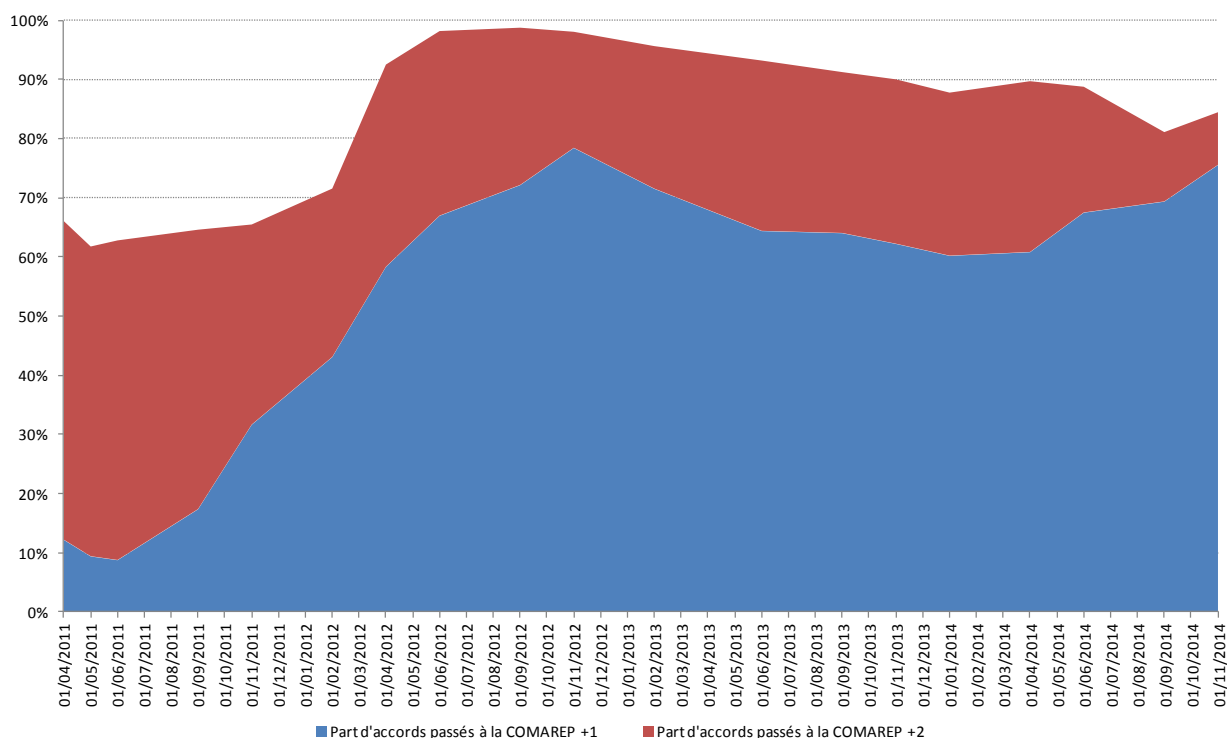
Un indicateur de « long terme » qui vise à mesurer l'activité annuelle de la COMAREP.

Le mode d'estimation des indicateurs de « court terme » est présenté en annexe, ainsi que les leurs évolutions au cours de l'année 2014. Il en ressort que le stock d'accords à examiner a très fortement diminué depuis 2010 : on peut estimer que le nombre d'accords en stock à chacune des COMAREP de 2014 résultait d'un quasi « fonds de roulement ». On constate d'ailleurs la poursuite de la diminution des délais de traitement des accords.

Concernant l'activité annuelle de la commission en 2014 :

L'indicateur mis en place mesure la part des accords qui passent à la première COMAREP suivant la saisine de la DSS par les services de la DGT, puis à la seconde COMAREP suivant leur dépôt à la DSS. Toutefois, dans la mesure où la DSS doit arrêter l'ordre du jour au moins un mois avant la COMAREP pour des raisons de fonctionnement, sont exclus de cette analyse les accords qui sont déposés à la DSS dans le mois qui précède la COMAREP.

Taux de traitement des accords - 1er ou 2ème COMAREP suivant la signature



Fin 2014, 76% des accords ont été examinés à la première COMAREP qui a suivi leur réception, contre à peine 10% des accords au début de l'année 2011 (et 62 % en 2013). On observe que l'indicateur est en progression quand bien même certains accords finalement examinés en 2014 ont fait l'objet de plusieurs passages en COMAREP (l'étude ayant été faite sur la base de la dernière date d'examen en COMAREP).

B. Caractéristiques des accords examinés

○ Accord en matière de retraite complémentaire

En 2014, huit avenants aux accords nationaux interprofessionnels ont été signés par les partenaires sociaux et examinés par la COMAREP :

- quatre avenants à la convention collective nationale du 14 mars 1947 (AGIRC) : l'avenant A 276 signé le 5 décembre 2013 ; les avenants A 277 et A 278 signés le 3 juin 2014 et l'avenant A 279 signé le 19 septembre 2014.
- quatre avenants à l'accord national interprofessionnel du 8 décembre 1961 (ARRCO) : l'avenant n° 127 signé le 5 décembre 2013, les avenants n°128 et 129 signés le 3 juin 2014 et l'avenant n°130 signé le 19 septembre 2014.

Ces avenants interviennent dans les domaines suivants :

- prise en compte de l'unification des régimes d'activité partielle (ex-chômage partiel et ex-APLD) qui résulte de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Cependant, les règles d'attribution des points AGIRC et ARRCO demeurent inchangées : les régimes continuent d'attribuer, sans contrepartie de cotisations, des points de retraite au titre des périodes d'activité partielle après déduction d'une carence de 60 heures par an ;

- modification de la rédaction de l'accord du 8 décembre 1961 et de la CCN du 14 mars 1947 pour y introduire les références aux textes adoptés récemment par les partenaires sociaux chargés de l'assurance chômage ;
- suppression des dispositions relatives à l'assiette spécifique de cotisation concernant les rémunérations versées à l'occasion de départ de l'entreprise. Cette suppression s'appliquera aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2016. A compter de cette date, toutes les sommes entrant dans l'assiette sociale, versées ou non à l'occasion du départ d'une entreprise, seront soumises à cotisations dans la limites des assiettes « normales » AGIRC et ARRCO ;
- instauration de la désignation d'un groupe de protection sociale par département (ou arrondissement pour Paris) pour recueillir les adhésions des entreprises nouvelles créées à compter du 1^{er} janvier 2015 relevant du secteur interprofessionnel.

○ **Accord en matière de protection sociale complémentaire**

Sur les 145 accords collectifs de prévoyance – frais de santé examinés par la Commission en 2013, les modifications suivantes ont été opérées :

- 33 accords procèdent au toilettage des dispositions dont 2 pour lesquels ce toilettage a conduit à renouveler la clause de désignation : cette disposition n'a dès lors pas fait l'objet d'une extension sur ce point ;
- 27 accords ont modifié les conditions d'affiliation (9 en prévoyance et 2 en frais de santé et 16 accords pour se mettre en conformité avec les catégories objectives) ;
- 21 accords ont concerné le dispositif de portabilité (3 mises en place ; 18 modifications) ;
- 19 accord modifient la garantie prévoyance existante ;
- 17 accords procèdent à la modification des taux de cotisation prévoyance, dont 1 accord du fait de la prise en compte de la réforme des retraites de 2010
- 7 accords modifient les éléments ayant trait à la gestion (5 concernent notamment la mise en place de fonds dédiés, et 2 concernent la création de comités de gestion)
- 7 accords ont mis en place un régime de prévoyance (dont 2 uniquement pour les non cadres et 5 pour l'ensemble des salariés)
- 6 accords ont mis en place un régime de frais de santé pour l'ensemble des salariés ;
- 5 accords modifient la garantie frais de santé existante ;
- 5 accords procèdent à la modification du niveau des cotisations en matière de couverture frais de santé ;
- 5 accords concernent la loi mensualisation (dont 2 modifient le montant de l'indemnité et 1 modifie la durée de versement) ;
- 4 accords ont porté sur les indemnités de départ à la retraite, dont un concerne la mise en place d'un régime ;
- 4 accords ont refondu le régime de frais de santé ;
- 4 accords ont refondu le régime de prévoyance ;

- 2 accords définissent un cadre pour les négociations collectives à venir de protection sociale complémentaire ;
- 2 accords pérennisent le régime de prévoyance pendant 1 an ;
- 1 accord supprime de manière temporaire la condition d'ancienneté en prévoyance ;
- 1 accord précise les modalités et met en cohérence le dispositif relatif à l'article 4 de la loi Evin ;
- Concernant les modifications relatives à la retraite supplémentaire : la COMAREP a analysé un accord modifiant les taux de cotisation du régime de retraite supplémentaire et 1 accord modifiant la garantie retraite supplémentaire applicables aux cadres.

C. Principales observations formulées par la COMAREP, préconisations et perspectives d'amélioration des accords

Les problématiques exposées ci-après concentrent les principales observations formulées par la commission et nécessitent un rappel spécifique. La COMAREP a été amenée à formuler de nouvelles observations liées notamment au nouveau cadre juridique dans lequel les accords collectifs de protection sociale complémentaire doivent désormais s'inscrire. La commission a fait évoluer sa doctrine pour intégrer les conséquences de l'article 1^{er} de la loi sur la sécurisation de l'emploi qui généralise, à compter du 1^{er} janvier 2016, la couverture complémentaire santé obligatoire des salariés et qui généralise et améliore le dispositif de portabilité des droits instauré par l'ANI du 11 janvier 2008. Par ailleurs, de nombreuses observations ont également été formulées suite à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 qui a censuré la clause de désignation.

La COMAREP a également effectué des observations qui avaient déjà été formulées par le passé et retracées dans les précédents rapports.

1. Généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés

L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, qui entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016, dispose que les entreprises seront tenues de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture collective minimale obligatoire en matière de remboursement de frais de santé, décrite dans le décret du 8 septembre 2014, et qu'elles devront assurer au minimum la moitié du financement de la couverture mise en place à titre obligatoire. Certaines organisations estiment que l'obligation pour l'employeur de financer la moitié de la couverture ne concernerait que la couverture minimale.

Ainsi, la COMAREP a souhaité appeler l'attention des partenaires sociaux sur le contenu de cet article lorsque les accords laissaient aux entreprises la liberté de définir le contenu des garanties ou lorsque la répartition du financement n'était pas précisée ou non conforme aux dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Quatre accords ont fait l'objet de cet appel à l'attention en 2014.

2. Les clauses de désignation

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n°2013-672 DC du 13 juin 2013, a considéré que l'ancienne rédaction de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui encadrait les clauses de désignation n'était pas conforme à la Constitution.

Cette déclaration d'inconstitutionnalité a pris effet à compter du 13 juin 2013. Cependant, le Conseil constitutionnel avait précisé que cette décision n'était pas applicable aux contrats pris sur ce fondement, en cours lors de cette publication, et liant les entreprises à celles qui sont régies par le code des assurances, aux institutions relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et aux mutuelles relevant du code de la mutualité.

Le Gouvernement avait souhaité, compte tenu des interrogations des branches professionnelles sur la portée de cette décision pour les accords déjà conclus, pouvoir être éclairé sur l'interprétation de cette décision et avait saisi à cette fin le Conseil d'Etat d'une demande d'avis.

Le Conseil d'Etat avait indiqué dans son avis d'Assemblée générale du 26 septembre 2013, rendu public le 22 octobre 2013, que les conventions et les accords collectifs signés avant le 13 juin 2013 ayant procédé à la désignation d'organismes assureurs pour les besoins du fonctionnement des dispositifs de mutualisation que les partenaires sociaux avaient entendu mettre en place continuaient à s'appliquer jusqu'à leur terme.

Il avait précisé que, dans le cas où la convention ou l'accord collectif aurait été conclu pour une durée indéterminée, il convenait de retenir la périodicité maximale de cinq ans prévue par le législateur, cette durée devant être calculée, selon le cas, soit à compter de la date de signature de l'accord collectif, soit à compter de la date de la dernière échéance de réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation du risque.

Il convient donc, au regard de cet avis, de considérer qu'une entreprise demeure liée à l'organisme assureur désigné par la convention ou l'accord de branche jusqu'au terme de cette convention ou de cet accord, dans la limite de la périodicité maximale de cinq ans évoquée supra.

S'agissant de la question de l'extension des accords signés avant la date de la décision, le Conseil d'Etat a considéré que le Gouvernement ne peut pas étendre un texte conventionnel conclu avant la publication de la décision du Conseil constitutionnel, et maintenu en vigueur à titre transitoire dans les conditions définies ci-dessus. Les accords transmis en vue de leur extension et portant sur la mise en place d'un régime de prévoyance ou de frais de santé comportant une clause de désignation ont donc fait l'objet d'un refus d'extension.

La COMAREP a été amenée à formuler différentes observations sur ce sujet, compte tenu de la diversité des situations.

En premier lieu, la commission a proposé l'exclusion des clauses de désignation, qu'elles aient été incluses dans un accord signé avant ou après la décision du Conseil constitutionnel. Par ailleurs, les articles relatifs à la procédure de renouvellement de l'organisme assureur désigné ont également fait l'objet d'une exclusion.

En second lieu, dans le cas où la clause de désignation était arrivée à terme, conformément aux indications formulées par le Conseil d'Etat, la commission a exclu des accords toute référence à l'organisme désigné ou à l'obligation d'adhésion des entreprises.

Neuf observations ont été formulées en ce sens en 2014.

3. Les critères conditionnant le bénéfice des garanties des salariés et des ayants droit.

Lorsque le bénéfice ou le terme d'une garantie de prévoyance n'est pas fixé par référence à un évènement objectif en lien direct avec l'objet de la garantie, la disposition en cause est susceptible de constituer une rupture d'égalité :

- entre les salariés ;
- ou entre les ayants-droit du salarié, bénéficiaires des garanties (conjoint, partenaire de PACS et concubin, enfants).

La COMAREP a formulé 7 observations à ce titre en 2014 contre 12 en 2013 et 21 en 2012, ce qui traduit une réelle prise en compte de la doctrine de la COMAREP par les partenaires sociaux.

Garantie double effet

Lors du décès du salarié, son conjoint et ses enfants à charge perçoivent un capital décès. Si le deuxième parent décède concomitamment ou postérieurement au salarié, les enfants bénéficient du versement d'un second capital, en supplément de celui perçu au titre du décès du salarié. Il appartient aux partenaires sociaux de déterminer les conditions d'attribution de ce second capital.

Toutefois, lorsque le bénéfice de la garantie double effet est conditionné au fait que le second parent, au moment de son décès, ne se soit pas remarié ou pacsé et/ou n'ait pas atteint un âge déterminé ou enfin n'ait pas liquidé sa pension de retraite, la disposition en cause est alors susceptible de créer une rupture d'égalité entre les orphelins.

En effet, dans ces cas, l'enfant « à charge » devenant orphelin à la suite du décès de son second parent serait privé du versement du capital décès au titre de la garantie double effet, du seul fait que son deuxième parent aurait changé de situation matrimoniale, atteint un âge déterminé ou enfin liquidé sa pension de retraite.

De ce fait, la COMAREP avait considéré en 2012, à l'unanimité, comme irrégulières de telles clauses au motif qu'elles sont sans rapport avec l'objet de la garantie. En effet, l'objectif d'une garantie double effet est de compenser la perte d'un parent pour un enfant encore « à charge » lorsqu'il devient orphelin et qu'il n'est pas encore en âge de subvenir lui-même financièrement à ses besoins.

Dès lors, le fait de conditionner le bénéfice de la garantie double effet à ces critères est sans rapport direct avec l'objet de la garantie.

La COMAREP a encore proposé cinq observations à ce sujet en 2014 contre neuf en 2013.

Rente de conjoint

La limite à partir de laquelle le conjoint survivant ne peut plus bénéficier de la rente de conjoint doit être fixée selon des critères objectifs, de manière à ne pas porter atteinte au principe d'égalité. De ce point de vue, fixer cette limite à un âge déterminé (60 ans par exemple) ne permet pas de garantir une égalité de traitement entre les conjoints survivants dans la mesure où elle écarterait de facto du bénéfice de la prestation les personnes ayant dépassé cet âge sans que la limite fixée puisse être fondée objectivement.

Seul l'énoncé d'un évènement permet d'objectiver la limite et non la référence à un âge donné.

A titre d'illustration, plusieurs alternatives pourraient ainsi être envisagées, obéissant chacune à des choix d'opportunité de la part des négociateurs et présentant des impacts différents en termes d'équilibre financier de l'accord et de droits pour les assurés. Il est possible d'identifier les hypothèses suivantes (liste non exhaustive) :

- la rente de conjoint est servie de manière viagère ;
- la rente de conjoint est servie pendant une durée limitée exprimée en nombre d'années (5 ans, par exemple) ;
- la rente de conjoint est servie jusqu'à la date de liquidation de la pension de droit propre du bénéficiaire ou de droit dérivé ou à la date à laquelle il bénéficie du minimum vieillesse (allocation de solidarité pour les personnes âgées) ;
- la rente de conjoint est servie jusqu'à l'âge auquel le conjoint peut bénéficier du droit à pension de droit dérivé (réversion) ARRCO - dans l'hypothèse où la rente est réservée aux couples mariés.

Il en est de même pour la limite à partir de laquelle le conjoint survivant ne peut plus ouvrir droit à la rente. Cette dernière doit être fixée selon des critères objectifs de manière à ne pas porter atteinte au principe d'égalité. De ce point de vue, fixer cette limite à l'âge atteint par le salarié au moment de son décès ne permet pas de répondre à ces exigences.

Un accord a fait l'objet d'une observation en ce sens en 2014.

Par ailleurs, la commission a été amenée à proposer de refuser l'extension d'un article d'une convention collective qui traitait différemment, s'agissant de l'application d'un délai de carence pour l'indemnisation en cas de maladie ou d'accident, les salariés relevant d'une même convention collective selon la branche dont ils provenaient initialement.

Cette stipulation impliquait donc que les indemnités complémentaires étaient versées à tous les salariés dès le premier jour de l'arrêt de travail à l'exception de certains d'entre eux qui étaient issus d'une branche qui venait d'adhérer à la convention collective. Or l'objet de l'indemnisation maladie accident est de compenser la perte de revenu en cas d'arrêt de travail.

La commission a dès lors considéré que le fait d'appliquer un délai de carence au versement de l'indemnité à certains salariés au motif qu'ils sont issus d'une branche différente des autres était sans rapport direct avec l'objet de la garantie.

4. Maintien de salaire

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifie en son article 5 l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, dont les dispositions ont été reprises dans la loi du 19 janvier 1978 dite « de mensualisation » et codifiées aux articles D. 1226-1 et suivants du code du travail : tous les salariés ayant un an d'ancienneté dans une entreprise bénéficient, en cas d'incapacité de travail, d'un maintien de leur salaire pendant 60 jours (30 jours à hauteur de 90% puis 30 jours à 66%) à l'issue d'un délai de carence de 7 jours. Ce maintien de salaire est financé exclusivement par l'employeur.

Il n'y a pas de délai de carence lorsque l'arrêt de travail a une origine professionnelle (accident de travail ou maladie professionnelle). Les durées d'indemnisation augmentent de 10 jours par période entière de cinq ans d'ancienneté, sans que chacune d'elle puisse excéder 90 jours.

Les indemnités complémentaires légales versées en cas d'absence pour maladie ou accident constituent le niveau « plancher » d'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail.

Les dispositions des régimes de prévoyance mis en place dans l'entreprise ou dans la branche professionnelle ne doivent donc pas être moins favorables que les dispositions issues de la loi dite « de mensualisation » modifiée. Dans le cas où elles seraient moins favorables, il convient que les accords précisent alors qu'il appartient à l'employeur de compléter l'indemnité versée par le régime de sorte à atteindre le niveau « plancher » d'indemnisation prévue par le code du travail.

En outre, les clauses d'un accord de branche ou d'entreprise ne peuvent pas prévoir que la garantie incapacité temporaire de travail se substitue à l'obligation qui incombe à l'employeur de maintenir le salaire pendant la durée et pour le montant prévus par la loi.

L'employeur peut certes décider que le régime de prévoyance prendra en charge l'indemnisation du maintien de salaire qui lui incombe en contrepartie d'une cotisation qu'il finance exclusivement. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une garantie de protection sociale complémentaire au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale puisque le traitement social et fiscal des cotisations versées par l'employeur, comme celui des sommes perçues par le salarié, est différent de celui réservé aux cotisations et prestations des régimes de prévoyance. Dès lors, le tableau des garanties et des cotisations ne devrait pas inclure l'assurance que l'employeur souscrit pour une obligation qui lui incombe ; de mêmes, ces prestations doivent relever d'un financement exclusif de l'employeur.

En 2013, les dispositions de sept conventions ou accords collectifs ont fait l'objet d'observations portant soit sur la durée du maintien de la garantie, soit sur son montant, soit sur le fait que la ligne de garanties « maintien de salaire » ne devrait pas figurer au sein du tableau de cotisations des garanties prévoyance. La COMAREP avait proposé quatorze observations en ce sens en 2013.

5. Le mécanisme de portabilité des droits

L'article 1^{er} de la loi sur la sécurisation de l'emploi a introduit l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Cet article généralise et améliore, à plusieurs égards, le dispositif de portabilité des droits instauré par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

Il élargit tout d'abord le champ d'application à l'ensemble des entreprises et des salariés. L'ANI de 2008 ne couvrait en effet que les salariés des entreprises adhérentes à une des organisations patronales signataires ou appartenant à une branche au sein de laquelle le Medef, l'UPA ou la CGPME, signataires de l'ANI, étaient reconnues représentatives (ou au sein de laquelle il existait une ou plusieurs organisations patronales représentatives adhérentes à l'une de ces trois organisations).

Par ailleurs, la durée maximale de la portabilité est portée de 9 à 12 mois.

Enfin, le financement mutualisé du mécanisme est rendu obligatoire, ce qui signifie que les demandeurs d'emploi en bénéficieront à « titre gratuit », le financement de ce dispositif étant assuré par les salariés en activité et les employeurs.

L'article L. 911-8 est entré en vigueur le 1^{er} juin 2014 pour la portabilité du risque santé et il entrera en vigueur le 1^{er} juin 2015 pour la portabilité du risque prévoyance.

En 2014, la COMAREP a proposé dix-huit observations concernant ce mécanisme sur les points suivants :

- Le financement de la portabilité est gratuit pour les anciens salariés ;

- L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ne prévoit pas que les anciens salariés peuvent y renoncer, dès lors qu'ils ne participent plus à son financement ;
- La durée maximale de la portabilité prévue par l'accord est (ou sera) de 12 mois ;
- Les anciens salariés disposent de six mois à compter de la fin de la période de portabilité des droits pour demander le bénéfice des dispositions de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi Evin ;
- L'accord ne peut pas prévoir que le maintien des garanties soit conditionné au fait que le salarié ait été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur désigné ;
- L'accord ne peut pas renvoyer au contrat d'assurance les modalités de fonctionnement du mécanisme de portabilité.

6. Exclusions de garantie

En 2012, la COMAREP avait eu l'occasion de se prononcer pour la première fois sur les exclusions de garantie en cas de suicide ou de mutilation volontaire d'un salarié. A l'unanimité, elle avait estimé que ces deux cas d'exclusion ne devraient pas faire l'objet d'extension en raison du caractère collectif du régime et de la mutualisation que celui-ci organise. D'autres cas ont donné lieu à un positionnement similaire de la part de la commission en 2013, en cas de consommation de certaines substances.

Trois accords ont fait l'objet d'une censure sur ce fondement en 2014.

7. Taux de cotisation

La COMAREP a été amenée à formuler plusieurs appels à l'attention relatifs à la présentation des taux de cotisation.

En premier lieu, elle considère depuis 2012, même si cela n'avait pas fait l'unanimité au sein de la commission, que la distinction des taux de cotisation hors taxe et toute taxe comprise au sein des accords de branche n'est pas appropriée et doit faire l'objet d'un appel à l'attention des partenaires sociaux.

En effet, en application de l'article 991 du code général des impôts, « la taxe est perçue sur le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré ». Par ailleurs aux termes des dispositions de l'article 1708 du code général des impôts, l'organisme assureur et l'assuré sont tenus solidairement au paiement de cette taxe.

Il en résulte que la base imposable est la prime versée par le groupe assuré et que c'est sur cette base que la taxe devrait être calculée. La taxe n'a pas à être automatiquement répercutée, contrairement à la TVA, sur le « consommateur », c'est à dire ici sur le groupe assuré. L'indication d'un tarif « hors taxe » et d'un tarif « taxe comprise » n'apparaît donc pas adéquate.

C'est en tout état de cause le taux effectif des contributions destinées au financement des prestations à la charge du groupe assuré que fixe l'accord, sans qu'il y ait lieu de distinguer tel ou tel élément constitutif de la formation totale du montant de la prime. Ainsi, un accord qui fixerait un taux de contributions « hors taxe sur les conventions d'assurance » ne répondrait pas à cette exigence.

Enfin, il convient d'observer que l'introduction d'une telle distinction (avec ou sans taxe) ne relève pas du champ de la négociation collective entre les employeurs et les salariés.

Pour autant, les signataires de l'accord peuvent expliciter dans le préambule de l'accord, l'ensemble des motifs qui ont pu conduire d'une année sur l'autre à une évolution du taux de

cotisations, notamment la répercussion sur le groupe assuré de l'évolution de telle ou telle charge comme la taxe sur les conventions d'assurance ou d'autres prélèvements obligatoires.

En 2014, un accord a fait l'objet d'une observation sur ce sujet contre quatre en 2013.

En second lieu, la COMAREP estime opportun, même si cela n'est pas obligatoire, que le taux de cotisation afférant au risque prévoyance soit détaillé de sorte à permettre aux salariés de connaître le taux de cotisation affecté pour chaque garantie.

Comme en 2013, deux appels à l'attention ont été formulés en ce sens en 2014.

La COMAREP a par ailleurs effectué, pour la première fois en 2014, un appel à l'attention sur le fait qu'il serait opportun que les partenaires sociaux prévoient, dans leur accord, un taux de cotisation et des garanties spécifiques pour les salariés qui relèvent du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire 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 effet, ces salariés sont déjà couverts par une couverture maladie complémentaire obligatoire, deuxième étage de protection sociale entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire mise en place au niveau de la branche professionnelle.

La COMAREP a, enfin, formulé à dix reprises une observation relative au fait que les accords étaient moins favorables, pour les cadres, à la convention collective nationale du 14 mars 1947 laquelle stipule, dans son article 7, que « *les employeurs s'engagent à verser, pour tout bénéficiaire visé aux articles 4 et 4 bis de la convention ou à l'annexe IV à cette convention ; une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1.50% de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de la sécurité sociale.* »

IV. Les nouveaux régimes examinés par la COMAREP en 2014

La COMAREP a examiné 13 nouveaux régimes au cours de l'année 2014 :

- Sept branches ont instauré des garanties de prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) ;
- Six branches ont instauré des garanties de frais de santé.

1. Les régimes de prévoyance mis en place concernent les branches suivantes :

- Gardiens d'immeubles, concierges et employés d'immeubles;
- Agences de voyage et de tourisme ;
- Métallurgie des Hautes-Pyrénées ;
- Production et transformation des papiers cartons ;
- Entreprises de désinfection, désinsectisation, dératisation ;
- Fabrication du verre à la main ;
- Industries du textile (avenant régional de Lorraine).

Cinq de ces branches ne couvrent que les non cadres. Il s'agit des agences de voyage et de tourisme, la métallurgie des Hautes-Pyrénées, les entreprises de désinfection, désinsectisation, dératisation, la fabrication du verre à la main et les industries du textile (avenant régional de Lorraine). La branche des gardiens d'immeubles, concierges et employés d'immeubles et celle de la production et transformation des papiers cartons couvrent l'ensemble des salariés et instaurent une couverture unique.

Toutes les branches prévoient un taux de cotisation à l'exception de celle de la production et de la transformation des papiers cartons qui prévoit seulement que la part de cotisation du salarié ne peut être supérieure à 50%. La branche de la métallurgie Hautes-Pyrénées prévoit seulement un taux de cotisation minimum de l'employeur qui s'élève à 0.30% du salaire de référence. Les autres branches prévoient un taux de cotisation global qui varie entre 0.26 et 1.39% du salaire de référence. Pour trois de ces branches, la cotisation est répartie pour moitié entre l'employeur et le salarié (agences de voyage et de tourisme, industries du textile (avenant régional de Lorraine), gardiens d'immeubles, concierges et employés d'immeubles). La branche de la fabrication du verre à la main prévoit que l'employeur finance 55% de la cotisation, celle des entreprises de désinfection, désinsectisation, dératisation prévoit, quant à elle, une prise en charge patronale de la cotisation qui s'élève à 60%.

2. Les régimes de frais de santé mis en place concernent les branches suivantes :

- Professions de la photographie ;
- Distribution directe ;
- Gardiens d'immeubles, concierges et employés d'immeubles ;
- Régies de quartier ;
- Services de l'automobile ;
- Télécommunication.

Aucun de ces régimes ne couvrent de façon obligatoire les ayants droit mais cinq d'entre eux proposent une couverture facultative (professions de la photographie, distribution directe, gardiens d'immeubles, concierges et employés d'immeubles, services de l'automobile, télécommunication). La branche des régies de quartier ne propose pas de couverture facultative pour les ayants droit.

La branche des professions de la photographie mises à part, les régimes conditionnent l'accès aux garanties à un délai d'ancienneté dans la profession qui oscille entre 2 et 6 mois.

Ces régimes imposent une cotisation forfaitaire sauf celui de la branche des régies de quartiers. Pour ces régimes, le taux de cotisation est réparti pour moitié entre l'employeur et le salarié sauf pour celui des télécommunications où l'employeur est tenu de financer le régime au moins à 55%.

CONTRIBUTION DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Les organisations professionnelles représentées au sein de la Commission des accords de retraite et de la prévoyance ont été invitées à présenter leur vision de la négociation collective et de leur rôle au sein de la Commission au cours de l'année 2014. Les contributions des organisations sont reproduites ci-dessous.

LES ORGANISATIONS DE SALARIÉS

- CFDT
- CFE-CGC
- CFTC
- CGT
- CGT-FO



L'année 2014 a été marquée par deux événements qui ont eu des conséquences négatives sur le contenu et le déroulé de la négociation de branche :

- La décision du conseil constitutionnel qui met à mal la négociation collective et remet en cause les mécanismes de solidarité interentreprises au sein des branches. Cette décision est problématique pour les accords complémentaires santé, elle est très grave pour la prévoyance lourde.
- Les sorties tardives des décrets en dehors du calendrier défini par la loi pour les négociations de branches provoquent un télescopage entre les négociations des branches qui se poursuivent en grand nombre début 2015 et les négociations d'entreprise qui commencent.

Les travaux de la COMAREP ont été le reflet des difficultés que rencontrent les branches suite à ces événements. Si la CFDT ne se satisfait pas de la disparition de la désignation dans les textes soumis à extension, la COMAREP n'est pas le lieu de remise en cause des décisions de la haute juridiction. La CFDT ne s'interdit pas, par ailleurs un recours sur ce dossier.

La CFDT étant très attachée à la solidarité intergénérationnelle, elle souhaite une effectivité dans les accords de complémentaire santé et la prévoyance. Elle étudiera avec attention les propositions de Monsieur Dominique Libault, en particulier, de l'application de la portabilité dans le cas des salariés licenciés pour fermeture d'entreprise.

Les négociations se sont intensifiées début 2015, le travail de la commission va donc être riche et intéressant et le bilan digne d'intérêt.



La CFE-CGC salue la publication de ce quatrième rapport de la COMAREP. Il permet de faire connaître les positions de la commission et de porter à la connaissance des négociateurs, avec pédagogie, les éléments d'explication relatifs à son fonctionnement ainsi qu'à sa doctrine.

Pour le CFE-CGC ce travail d'explication est indispensable pour que les négociateurs puissent disposer des positions explicites adoptées par la COMAREP. Cet élément participe des extensions réussies des accords négociés. L'année 2014 est en effet marquée par de nombreux changements législatifs et réglementaires que les différents acteurs de la protection sociale doivent s'approprier. Le rapport de la COMAREP participe de cet effort.

Les travaux de la commission ont aussi permis de rappeler aux négociateurs le respect de la prévoyance des cadres issu de l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947. La CFE-CGC souhaiterait que cette obligation soit mieux prise en compte et respectée des négociateurs, car c'est souvent à partir de ce premier socle d'avantages pour l'encadrement qu'une protection sociale complémentaire est ensuite construite au sein de la branche.

Toutefois, la CFE-CGC reste préoccupée par les conditions de mise en œuvre de la généralisation de la complémentaire santé alors que les clauses de désignation ont été prohibées.

En l'absence de cette possibilité, les négociateurs ne disposent pas de véritables outils de mutualisation. Les branches se trouvent face à une situation paradoxale : avec la loi de généralisation de la complémentaire santé, elles sont censées être des acteurs de premier plan pour mettre en place des régimes de santé dans les entreprises. Mais privées de la liberté de pouvoir choisir ces clauses, elles se désinvestissent du champ de la protection sociale complémentaire. A terme, il existe un véritable risque de démutualisation en santé/prévoyance si les partenaires sociaux ne réinvestissent pas ce champ à l'aide de solutions adaptées qui restent à construire.



L'année 2014 a cette fois-ci, encore été marquée par la qualité du travail de l'administration qui a fait en sorte que les stocks des accords en attente reste bas.

L'année a été marquée par le sceau de la loi dite « sécurisation de l'emploi » et la mise en place d'une complémentaire santé d'entreprise pour une grande majorité des salariés qui devra être effective au 1^{er} janvier 2016.

Les négociations dans les branches ont été freinées par la parution très tardive des décrets complétant la loi.

- Nous dénonçons que le panier de soins minimum soit en deçà de celui de la CMU-C.
- Celui des contrats responsables va obliger à revoir à la baisse certains accords ayant une couverture supérieure et entrainer automatiquement la mise en place de surcomplémentaires à la charge exclusive des salariés.
- Pour les mises en concurrence d'organismes assureurs recommandés qui n'ont aucun caractère obligatoire, le gouvernement a accouché d'une usine à gaz qui complique inutilement les choses. Cela montre une méconnaissance du fonctionnement des organisations syndicales et de leurs mandatés, tout en risquant de priver les branches de négociateurs qualifiés.

Il faut préciser dans l'accord la répartition des cotisations entre employeurs/salariés, mais aussi définir une cotisation maximum pour les salariés de la branche. L'employeur est libre d'aller vers un autre assureur que celui ou ceux recommandés, mais il doit assumer son choix si la cotisation se révèle supérieure à celle de l'organisme recommandé !!!

Le manque de mutualisation et le caractère sélectif va augmenter le coût des complémentaires.

Le régime de sécurité sociale obligatoire des salariés d'Alsace Moselle couvre déjà 72 % du panier de soins minimum par un financement de 1,5 % du salaire brut total intégralement à la charge du salarié, sans participation de l'employeur. Les employeurs vont devoir prendre en charge 50 % de la couverture des salariés par un financement spécifique sur les régimes de frais de santé complémentaire.

Les accords de branche ou d'entreprise doivent prendre en compte cette spécificité par une répartition de la cotisation frais de santé sur la dite quote-part employeur qui sera à minima équivalente à celle prévue pour les salariés relevant du régime général.

De plus, les accords de branche prévoyant des garanties maintien de salaire en cas d'arrêt de travail ou d'incapacité de travail tiennent rarement compte des articles 1226-23 et 24 du code de travail prévoyant des obligations de maintien de rémunération pour les salariés d'Alsace-Moselle au premier jour sans condition d'ancienneté.

La fin des désignations voulues par le conseil Constitutionnel est une atteinte à la liberté de négocier et va rendre difficile, en prévoyance lourde, la couverture des risques pour certains salariés et par conséquence mettre des entreprises dans l'incapacité de couvrir leurs obligations.



L'année 2014 constitue le premier exercice complet sous les effets de la décision du conseil constitutionnel de proscrire les clauses de désignation. FO rappelle que cette décision est l'aboutissement de l'article 1 de l'ANI du 11 janvier 2013 : si les membres du conseil ont une responsabilité lourde dans la protection sociale complémentaire, les premiers responsables sont les signataires de cet accord.

La clause de désignation était jusqu'alors l'outil de la mutualisation au niveau de la branche de la tarification des accords de couverture santé et prévoyance.

Le combat, au moins aussi politique que juridique, et les délais pris par l'exécutif pour établir les décrets d'application de la loi du 14 Juin 2013, ont eu pour effet une diminution du nombre d'accords signés.

Ce constat fait par la direction générale du travail avait été anticipé par FO, lorsque nous dénoncions une atteinte à un principe constitutionnel : celui de la liberté de négocier.

Les principaux décrets ayant été publiés en fin d'année, voire début 2015, FO restera très vigilante sur leurs effets néfastes, particulièrement en matière de restriction de la liberté de négocier comme il a été relevé plus haut.

Quant à l'activité, et surtout aux décisions de la COMAREP, FO ne partage pas l'analyse qui consiste à proposer l'extension d'un accord, une fois retirée la mention faisant référence à la mutualisation.

Les accords signés comportent un volet prestations et un volet cotisations. Les professionnels, pour établir le coût de la protection négociée, se basent sur la population salariée de la branche. En retirant cet aspect branche de l'extension, la COMAREP déséquilibre l'économie général de l'accord.

FO considère que cette décision ne peut être du ressort de la commission.

Cependant, et compte tenu des incertitudes juridiques devant lesquelles se trouvent les organisations syndicales comme patronales, FO, sans en partager les conclusions tient à saluer le travail fourni par la commission.

LES ORGANISATIONS PATRONALES

- CGPME
- MEDEF
- UNAPL
- UPA



Alors que l'année 2014 aurait dû être marquée par un fort dynamisme de la négociation collective relative à la complémentaire santé avec la fin des négociations de branches professionnelles au 1^{er} juillet 2014 dans le cadre de la généralisation, elle a finalement été une année blanche, ou presque, avec peu d'accords conclus par les partenaires sociaux au niveau des branches professionnelles.

Cette situation résulte de plusieurs facteurs qui ont joué négativement. Elle résulte surtout de l'important retard pris par les pouvoirs publics dans la publication des textes réglementaires, et notamment sur le dispositif de recommandation assorti d'une procédure de mise en concurrence pour plus de transparence, qui a nourri l'attentisme des branches professionnelles.

Par ailleurs, les garanties dont l'encadrement a été accru à travers la couverture minimale légale et l'introduction de plafonds et de planchers dans le contenu des contrats responsables, a conduit à limiter la liberté de négocier des partenaires sociaux. Il est probable que cela se traduise, in fine, par une normalisation des garanties complémentaires « vers le bas ».

Dans ce contexte et à la veille de l'échéance du 1^{er} janvier 2016, de nombreuses interrogations juridiques demeurent, interrogations que les débats en COMAREP ont largement reflétées cette année : assiette du financement de la couverture minimale avec un vrai risque de contentieux pour l'avenir, partage du financement pour les salariés multi-employeurs...

Le MEDEF demande la mise en place d'un dispositif d'accompagnement adapté des entreprises engagées dans ce chantier. Un tel effort d'accompagnement est d'autant plus nécessaire que les négociations de branche et d'entreprise se télescopent, source de grande insécurité juridique pour les entreprises et les salariés.

Au-delà, le MEDEF demande l'instauration d'une période de tolérance de la part des URSSAF à compter du 1^{er} janvier 2016 en matière d'exemption d'assiette de cotisations prévoyance, élément majeur de la construction des couvertures collectives en prévoyance et complémentaire santé.

De manière plus générale, à la suite des propositions du rapport Goua-Gérard sur les relations URSSAF-cotisants, il souhaite que des mesures pour simplifier et sécuriser les entreprises soient rapidement mises en œuvre.



L'UNAPL est une organisation représentant des associations et des syndicats professionnels des 3 grandes familles de professions libérales.

- les professions du cadre de vie (autrefois de l'acte de bâtir), i.e. architectes, géomètres-experts, économistes de la construction et celles dites techniques, telles qu'experts-comptables, agents généraux d'assurance, conseils divers, ...
- les professions du droit : avocats, notaires, administrateurs judiciaires, huissiers, greffiers des tribunaux de commerce ...
- les professions de santé qu'il semble inutile de présenter.

Ces professions sont hétérogènes quant à leur effectif de professionnels, leur effectif de salariés, leur pratique ou non du dialogue social. En revanche, ou à cause de cela, la « branche » est de la plus grande importance pour chacune des professions pratiquant le dialogue social. Cela pour l'entité qu'elles représentent, autour de la profession « x », du dialogue qu'elles développent en fonction de leur caractère spécifique.

Il en découle que l'UNAPL, ès qualité, doit respecter la vie sociale des 19 de ses branches adhérentes correspondant au schéma ci-dessus ; doit défendre cette notion primordiale de branche ; doit se limiter à impulser du dialogue social sur des sujets qui ne seraient pas de première importance pour telle ou telle branche ; se limiter, aussi, à ouvrir des négociations sur des thèmes transversaux pour le secteur d'activités des professions libérales.

Relativement à la généralisation de l'assurance complémentaire santé, le débat s'est proposé ainsi qu'exposé ci-dessus.

Dans les branches, pour éviter que les chefs d'entreprise se retrouvent isolés devant les propositions d'offres (divers) d'assurance(s) des négociations se sont ouvertes.

De son côté l'UNAPL, pour couvrir tous les professionnels libéraux dont la profession ne pratique pas le dialogue social constitué, a ouvert la négociation d'un accord-cadre. Dans les principes habituels qui en font un accord supplétif, ou garde-fou.

Que ce soit en branche ou en négociation multiprofessionnelle, toutes les parties ont buté sur le retard de parution des décrets. Ce fut notamment le cas pour la négociation UNAPL qui, commencée en 2013, a été suspendue faute de textes d'application. Mais la difficulté s'est retrouvée partout.

Si l'UNAPL s'est trouvée plus engluée que ses branches c'est parce qu'elle a dû, prioritairement, se pencher sur les conséquences de la Loi du 5 Mars 2014 aussi bien sur son volet dialogue social (notamment quant à la représentativité patronale) que sur celui relatif à la formation professionnelle (quant à l'OPCA du secteur, l'OPCAPL/ACTALIANS et/ou à la pratique stricte de la formation).

Des accords ont terminé récemment ces chantiers, mais ont laissé la négociation sur la complémentaire santé en suspens. Et les échéances approchent ...

Mais, dans les branches, la même négociation n'a obtenu que des succès divers. La négociation proprement dite n'est pas toujours facile, la complexité accrue du système à mettre en place, du fait de la décision du Conseil Constitutionnel interdisant la désignation, n'a fait qu'aggraver les choses.

D'autant que des branches ont des habitudes anciennes de travail avec des groupes chargés de la couverture de leur prévoyance ; qu'en conséquence, elles ont quelques difficultés morales à les mettre en concurrence ; que les champs prévoyance et santé sont différents entre eux et entre assureurs ; que ces derniers ont un appétit certain pour recueillir une nouvelle clientèle ; que la prégnance des partenaires sociaux au sein d'assureurs à tendance à fausser la concurrence ;

En fin de compte, à quelques mois de la date fatidique d'application de la généralisation, le 1^{er} Janvier 2016, les situations sont diverses.

L'UNAPL regarde si elle ne peut pas reprendre une négociation a minima pour lui laisser le temps de réaliser un vrai accord. Avec l'inconvénient de laisser, pendant quelques temps, les professionnels seuls devant les « détaillants » de l'assurance.

Les branches, le plus souvent gênées par l'impossibilité de désigner, ce qui était pourtant une formule aisée à appliquer soit :

- sont en retard sur la temporalité légale,
- sont empêtrées entre les débats des partenaires sociaux et la participation d'acteurs,
- ne voient d'issue, vu les difficultés, que dans la labellisation d'un panier de soins.

Les quelques mois restant à courir permettront-ils de débloquer les situations, comme c'est souvent le cas en négociation, lorsque l'échéance approche ? Nous ne pouvons que le souhaiter. Pour l'UNAPL, pour les branches en négociation propre.



L'UPA salue la qualité de ce quatrième rapport qui reflète la richesse et la densité de la négociation collective en 2014 tant au niveau interprofessionnel avec la signature de plusieurs accords qu'au niveau des branches professionnelles.

Comme en 2013, l'année 2014 reste profondément marquée par la généralisation des complémentaires santé collectives prévue par la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 transposant les dispositions de l'ANI du 11 janvier 2013.

S'il est tôt pour dresser un bilan de cette généralisation, le dispositif étant en phase de mise en œuvre pour une effectivité au plus tard au 1^{er} janvier 2016, pour autant on peut d'ores et déjà affirmer que les branches professionnelles sont confrontées à une forte complexité liée au bouleversement du cadre juridique de la protection sociale complémentaire postérieurement à la loi de sécurisation de l'emploi, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et la publication très tardive des textes réglementaires d'application.

Les inégalités se creusent de manière inquiétante depuis 10 ans et la pauvreté s'intensifie. Parmi toutes les inégalités, la plus choquante et la plus insupportable est très certainement l'inégalité devant la santé.

Ces inégalités relèvent notamment et principalement des conditions d'accès aux soins.

Face à cela, alors qu'il faut construire un système plus juste, plus efficace, les décisions du Conseil Constitutionnel de juin et décembre 2013 ont été sources d'incompréhension et surtout sources de régression sociale en fragilisant toute la construction conventionnelle réalisée par les branches professionnelles en particulier en matière de prévention.

Le Conseil Constitutionnel en déclarant inconstitutionnelles les dispositions du code de la sécurité sociale qui prévoyaient la clause de désignation d'un organisme chargé de gérer la complémentaire santé au motif qu'elles portent à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques, a porté un coup fatal aux actions menées par les branches professionnelles.

Les branches professionnelles, par la voie de la négociation, avaient su mettre en place une couverture santé de qualité à moindre coût.

Les conditions de la généralisation de la complémentaire santé, dénaturées par le Conseil constitutionnel vont se traduire par une hausse du rapport qualité/coût des couvertures.

Au final, c'est à une moindre couverture, un coût supérieur, une standardisation des garanties enlevant aux entreprises un élément d'attractivité, que l'on va devoir subir.

ANNEXES

Annexe I

Entrée en vigueur des textes relatifs à la protection sociale complémentaire

1^{er} juin 2014

1^{er} juillet 2014

1^{er} avril 2015

1^{er} juin 2015

1^{er} janvier 2016

31 décembre 2017

Portabilité de la
couverture
complémentaire
santé (art. L. 911-8)

Décret du 9 janvier
2012 sur le caractère
collectif et
obligatoire

Décret sur le contenu
des contrats dits
« responsables »

Portabilité de la
couverture
complémentaire
prévoyance
(art. L. 911-8)

Généralisation de la
couverture
complémentaire santé à
tous les salariés
(art. L. 911-7)

Fin de la période
transitoire pour les
contrats dits
« responsables »

Annexe II

Articulation entre l'article D. 911-1 et les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale

Prestations	Planchers (article D. 911-1)	Plafonds (contrats responsables)	
		CAS ⁶ (le plafonnement des remboursements n'est pas obligatoire)	Hors CAS ⁷ (le plafonnement des remboursements est obligatoire)
Consultations et actes techniques	100% BR		100% du tarif opposable⁸
		Si le contrat prévoit un plafond de remboursement Ex : plafond = x	(x-20 % du tarif SS) dans la limite de 100% du tarif opposable⁹
Pharmacie (à l'exception des médicaments à service médical faible dont le taux de remboursement est de 15%)	100% BR	Néant	
Forfait journalier hospitalier (facturé par les établissements de santé et non pas par les établissements médico-sociaux)	100% BR	Néant	
Soins dentaires prothétiques	125% BR	Néant	
Soins d'orthopédie dentofaciale	125% BR	Néant	

⁶ Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8)

⁷ Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8)

⁸ Par exception et à titre transitoire, ce montant est fixé à 125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016.

⁹ Par exception et à titre transitoire, ce montant est fixé à 125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016.

Optique

Verres	Planchers article D. 911-1	Plafonds contrats responsables
Deux verres simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	100€ dont la monture	470€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>Verre 1 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 <i>Verre 2 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[<i>ou</i> Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 Un verre multifocal ou progressif	150€ dont la monture	610€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>Verre 1 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 <i>Verre 2 :</i> Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[<i>ou</i> Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[150€ dont la monture	660€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>ou</i> Deux verres simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[<i>ou</i> Deux verres simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 Deux verres multifocaux ou progressifs	200€ dont la monture	750€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>Verre 1 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[<i>ou</i> Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 Un verre multifocal ou progressif <i>Verre 2 :</i> Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[<i>ou</i> Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[200€ dont la monture	800€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>ou</i> Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[200€ dont la monture	850€ dont 150€ au maximum pour la monture

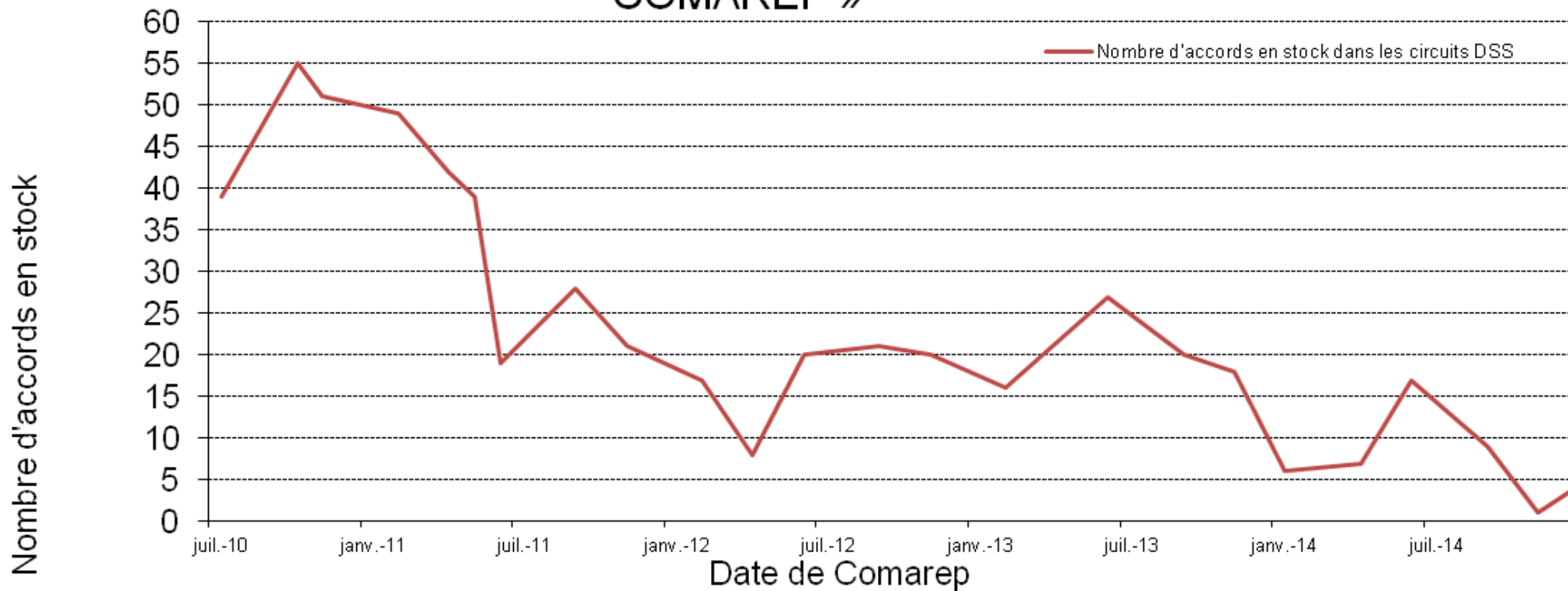
Les forfaits évoqués couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Annexe III - Indicateurs mesurant l'activité de la COMAREP

➤ Indicateur de séance 1 : « Stock en cours, par date de dépôt »

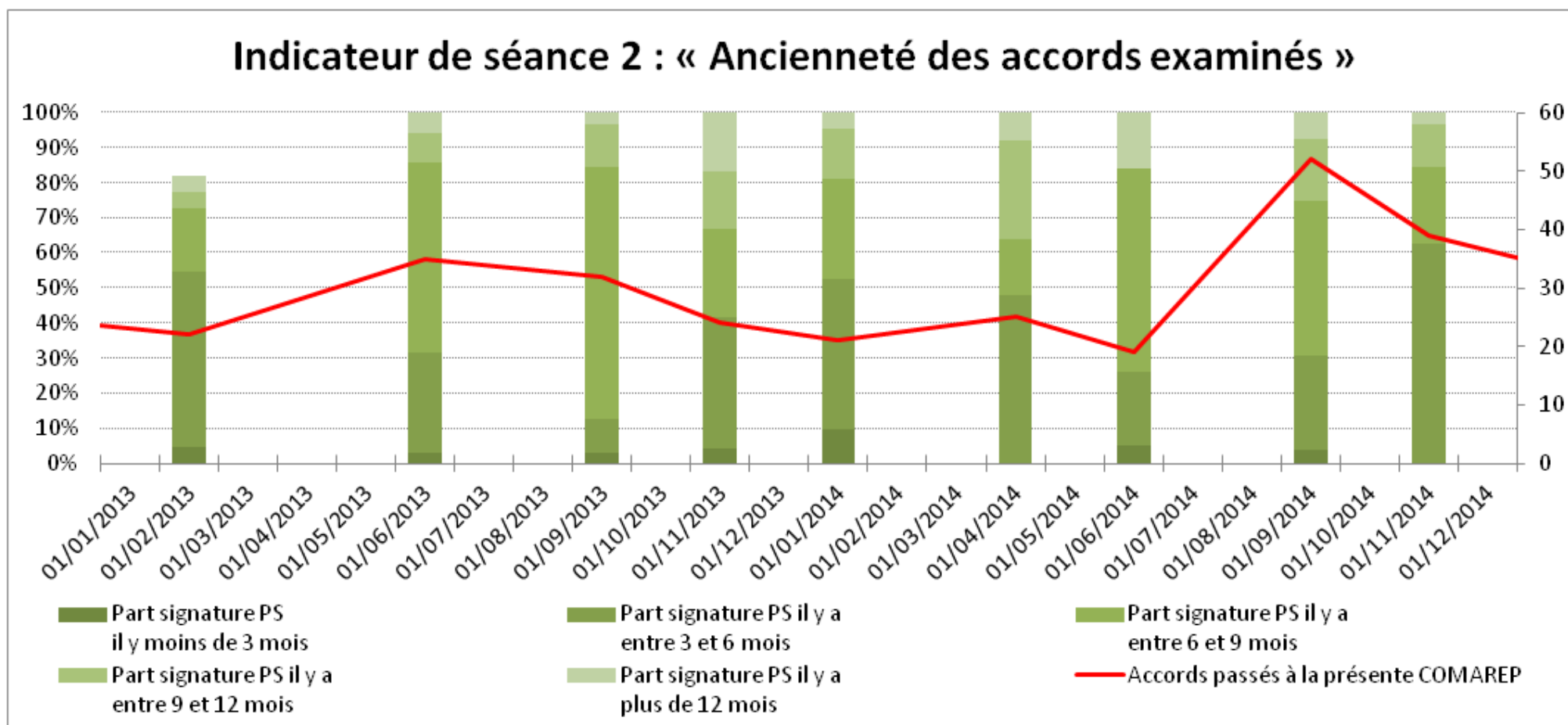
Cet indicateur représente le stock d'accords reçus par la DSS et non encore traités en COMAREP, à la date de la commission.

Indicateur de séance 1 : « Stock en cours, par date de COMAREP »



➤ Indicateur de séance 2 : « Ancienneté des accords examinés »

Cet indicateur permet d'évaluer parmi les accords examinés lors de la COMAREP, leur répartition en fonction de la date de signature par les partenaires sociaux.



➤ Indicateur de séance 3 : « Délai de traitement par la DSS »

Cet indicateur permet d'évaluer parmi les accords examinés en date de la présente COMAREP, leur répartition en fonction de la date à laquelle la DSS a été saisie.

