

**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 2012**

## SOMMAIRE

<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>3</b>
CONTRIBUTION DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES.....	4
LES ORGANISATIONS DE SALARIÉS .....	5
LES ORGANISATIONS PATRONALES.....	11
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>I. PRESENTATION DE LA COMMISSION DES ACCORDS DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE ET DES PROCEDURES D’EXTENSION ET D’ELARGISSEMENT .....</b>	<b>15</b>
A. OBJETS ET CONSEQUENCES DE L’EXTENSION ET DE L’ELARGISSEMENT.....	16
B. LE DEROULEMENT DE LA PROCEDURE .....	17
C. LE ROLE DE LA COMAREP DANS LA PROCEDURE D’EXTENSION .....	18
D. LA COMPOSITION DE LA COMAREP .....	19
E. LES DECISIONS PRISES PAR LE(S) MINISTRE(S) APRES AVIS DE LA COMAREP .....	19
<b>II. FAITS MARQUANTS DE L’ANNEE 2012.....</b>	<b>21</b>
A. LA JURISPRUDENCE DE LA COUR DE CASSATION SUR LES CLAUSES DE DESIGNATION.....	21
B. L’ENCADREMENT DES EXCLUSIONS D’ASSIETTE DES COTISATIONS PAR LE DECRET DU 9 JANVIER 2012 SUR LES CATEGORIES OBJECTIVES .....	22
<b>III. L’ACTIVITE DE L’ANNEE 2012 .....</b>	<b>23</b>
A. L’ACTIVITE DE LA COMMISSION EST RESTEE SOUTENUE .....	23
B. CARACTERISTIQUES DES ACCORDS EXAMINES : LES PRINCIPALES OBSERVATIONS FORMULEES PAR LA COMAREP ET PRECONISATIONS EN DECOULANT .....	27
C. PRINCIPALES OBSERVATIONS FORMULEES PAR LA COMAREP, PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES D’AMELIORATION DES ACCORDS .....	28
<b>IV. LES NOUVEAUX REGIMES EXAMINES PAR LA COMAREP EN 2012.....</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>36</b>
ANNEXE I - INDICATEURS MESURANT L’ACTIVITE DE LA COMAREP.....	37
ANNEXE II - ETUDE SUR LA COUVERTURE DES BRANCHES EN SANTE .....	40

## **AVANT-PROPOS**

La commission des accords de retraite et de prévoyance (**COMAREP**) est un acteur clef de la procédure d'extension des accords de protection sociale complémentaire et de retraite complémentaire.

Son activité s'est fortement densifiée au cours des dernières années, compte tenu de la dynamique de négociation dans ces matières. Elles représentent en volume, pour l'année 2012, le 4<sup>ème</sup> sujet de négociation collective, le 2<sup>ème</sup> thème négocié dans le cadre des commissions mixtes paritaires et le 1<sup>er</sup> thème des accords signés dans ce cadre. Son activité devrait croître encore suite à 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.

Son action consiste principalement à identifier les clauses qui, dans les accords de branche ou interprofessionnels, sont contraires aux normes juridiques en vigueur.

La COMAREP est un lieu de débat sur les différentes observations proposées. Elle garantit la libre expression de chacune des organisations représentées et de chacun des membres et s'attache à privilégier une approche consensuelle, même s'il peut arriver de manière ponctuelle qu'elle délivre un avis qui ne résulte pas d'une position unanime de ses membres. Les avis adoptés par la COMAREP traduisent les positions majoritaires ou unanimes issues des débats.

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 ou des réserves d'interprétation.

Ce second rapport, établi pour l'année 2012, se fixe ainsi comme perspective de contribuer à une meilleure compréhension de l'action et des positions de la COMAREP par les partenaires sociaux négociateurs, les employeurs et les salariés. Il s'adresse également aux organismes assureurs compte tenu de leur rôle auprès des partenaires sociaux qui négocient les accords. Il se fixe ainsi pour ambition de contribuer à améliorer le contenu des accords négociés par les partenaires sociaux en identifiant les différents points appelant des observations récurrentes de la commission.

Il permettra ainsi aux partenaires sociaux négociateurs de ces accords dans les branches d'identifier en amont les difficultés potentielles et contribuera à diminuer les délais d'entrée en vigueur des nouveaux régimes de protection sociale.

Au delà, ce rapport annuel est un outil de mesure sur l'évolution 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.

## **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 2012. Les contributions de chacune des organisations sont reproduites ci-dessous.

## **LES ORGANISATIONS DE SALARIÉS**

- CFTD
- CFE-CGC
- CFTC
- CGT
- CGT-FO



Au cours de l'année 2012 les partenaires sociaux ont négocié l'Accord National Interprofessionnel sur la sécurisation de l'emploi. Cet accord repris par la loi du 14 juin 2013 permet, entre autre, à tous les salariés de bénéficier d'une complémentaire santé collective obligatoire. Cette généralisation ne peut être rendue possible que par le travail constructif réalisé au sein de la COMAREP en vue de l'extension ou de l'élargissement de ces accords et ainsi permettre la mutualisation des risques et de la protection sociales des salariés, l'objectif principal de la CFDT.

Les études des textes négociés par les partenaires sociaux, accords collectifs interprofessions (retraite ARRCO et AGIRC) ou professions (convention collective nationale de branche) ont permis une appropriation commune, des débats riches sur l'interprétation et l'élaboration de principes à l'ensemble des salariés et des entreprises.

La CFDT espère que ces méthodes de travail vont se poursuivre, car les enjeux pour les années à venir sont importants dans la couverture des salariés en prévoyance et complémentaire santé et la sécurisation de l'emploi.



Le rapport d'activité de la COMAREP a la particularité, cette année, de dresser un état des lieux de l'activité de la commission, dont une partie n'a, depuis le 13 juin 2013, plus de raison d'être. La censure des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel, risque de faire disparaître un pan entier de l'activité de la commission. En effet, l'extension d'accords qui organisent la mutualisation des risques via de telles clauses est désormais illicite.

La CFE-CGC déplore la condamnation de ces clauses. La décision du Conseil constitutionnel est issue d'une interprétation très critiquable du fondement de la protection sociale complémentaire. Elle privilégie l'intérêt de l'entreprise mais omet à la fois l'intérêt du salarié, premier concerné par la définition des garanties complémentaires, et l'importance de la négociation collective pour la détermination et la mise en œuvre de celles-ci.

Or, la couverture négociée par les organisations syndicales de salariés et d'employeurs permet de mieux appréhender les besoins d'une branche. La prise en compte des spécificités de celle-ci constitue le cadre le plus adéquat à la mise en œuvre de réels dispositifs de solidarité. Ainsi certaines branches, au moyen des clauses de désignation, ont pu mettre en place des couvertures identiques, à toutes les entreprises, quel que soit leur taille, à moindre coût et sans sélection en raison de la mutualisation des risques. Ces clauses ont aussi permis une solidarité élevée dans les branches car les cotisations sont alors décorrelées des prestations.

Condamner ces clauses, issues de plusieurs décades de construction paritaire, revient à exclure du champ de la négociation collective professionnelle et interprofessionnelle la protection sociale complémentaire, au profit de l'assurance privée.

Ainsi, pour la CFE-CGC, c'est tout le développement de la négociation collective, de la gestion paritaire ainsi que l'aménagement des garanties complémentaires qui est remis en cause, au nom de la liberté d'entreprendre.



Ce second rapport d'activité de la Commission des accords de retraite et de prévoyance (Comarep) est l'occasion pour la CFTC de rappeler l'importance qu'elle accorde à son rôle au sein de cette commission paritaire, dans laquelle elle siège aux côtés des autres partenaires sociaux – tant patronaux que syndicaux – ainsi que des représentants des pouvoirs publics. Pour la CFTC, l'intérêt de cette commission est d'avoir une vue d'ensemble des accords de retraite et de prévoyance et examiner la validité juridique de leur contenu afin d'assurer les meilleures garanties aux salariés.

Instituée par le code de la Sécurité Sociale, cette instance doit en effet être consultée pour avis avant toute extension ou tout élargissement d'un accord collectif de prévoyance ou de retraite décidé par arrêté conjoint du ministre de la Sécurité Sociale et du Ministre du Budget. Cette procédure permet de mettre les accords collectifs concernés "à l'abri" de toute contestation ultérieure quant à leur champ d'application et leur conformité aux dispositions légales et réglementaires.

L'expertise technique et juridique de chacun des acteurs intervenant à la COMAREP en fait un acteur essentiel de la protection sociale complémentaire. Ce n'est donc pas un hasard si son activité s'est densifiée au cours des dernières années : en 2012, ces deux domaines de la protection sociale ont représenté le 4<sup>ème</sup> sujet de négociation collective. La CFTC ne peut que se réjouir de cette dynamique qui prouve à quel point le sujet préoccupe les différentes branches professionnelles. Elle estime même que son activité devrait se densifier encore à l'avenir, suite à la généralisation des complémentaires santé collectives prévue dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, transposant les dispositions de l'ANI du 11 janvier 2013.

Ce rapport d'activité devrait permettre tant aux négociateurs syndicaux et patronaux qu'aux organismes assureurs de mieux comprendre l'action et les positions de la Comarep. Ils seront ainsi en capacité d'améliorer le contenu de leurs accords, tout en les sécurisant. Deux décisions récentes de la commission s'avèrent à cet égard essentielles. La première précise que les clauses « couperet », qui privent les salariés de 65 ans et plus des garanties prévues dans l'accord, sont interdites. La seconde stipule que l'accord d'entreprise ne peut se prévaloir sur l'accord de branche que s'il offre des garanties supérieures et non pas seulement équivalentes.

Pour la CFTC, siéger dans cette commission est une façon de faire vivre et partager ses valeurs de recherche du bien commun, de non-discrimination et protection contre les aléas de la vie, qu'il est essentiel de rendre accessibles au plus grand nombre de salariés possible. La COMAREP est un outil essentiel pour faire évoluer la protection sociale et la recherche du bien-être non seulement des salariés mais aussi des retraités. C'est un lieu de débat et de libre expression où la recherche du consensus est toujours une priorité.





La CGT apprécie la qualité du travail effectué par la COMAREP en 2012 qui a permis de réduire d'une manière importante les stocks d'accords, dont les branches attendaient l'extension.

Le rapport d'activité est construit afin de mieux permettre aux acteurs de la négociation d'accords collectifs de voir les points sur lesquels ils doivent être particulièrement vigilants. Certains accords nécessitent régulièrement des appels à l'attention, des renvois à la négociation ou même un refus d'extension.

Dans une décision rendue le 13 juin 2013, le Conseil constitutionnel a supprimé une disposition essentielle du Code de la Sécurité sociale (article L 912-1) qui permettait aux organisations syndicales, patronales et salariés, de négocier des régimes collectifs de frais de santé ou de prévoyance en désignant un organisme assureur.

Il est fort dommage que les accords signés avant la décision du Conseil Constitutionnel contenant une désignation mais non étendus à cette date ne l'aient pas été.

Cette décision remet en cause les fondements du droit à la négociation dans les branches.

La CGT considère que les garanties collectives des salariés, retraites complémentaires, frais de santé et prévoyance, doivent rester placées sous la responsabilité des organisations syndicales représentatives et patronales.

Avec la loi obligeant les branches à négocier des garanties santé avant juillet 2014, la COMAREP devrait voir son activité augmenter. La CGT entend continuer à y œuvrer afin de veiller au respect de l'équité et de l'égalité de traitement des salariés.



FORCE OUVRIERE rappelle le rôle déterminant qu'elle a eu dans le processus qui a abouti à la loi du 22 février 1950 qui consacre la politique contractuelle à travers notamment les conventions collectives. Cette liberté fondamentale est d'ordre constitutionnel depuis 1958.

Cette négociation collective a été particulièrement dynamique en 2012 dans le domaine de la protection sociale complémentaire, tant pour les retraites complémentaires au niveau national interprofessionnel, qu'au vu d'accords de branches relatifs à la complémentaire-santé et/ou prévoyance, sans oublier le volet de la modernisation du paritarisme et de son fonctionnement.

Sur un plan professionnel, FORCE OUVRIERE accueille avec satisfaction les nouveaux accords de branche - ainsi que les avenants d'accords existants - qui permettent d'étendre le champ de couverture, de mettre en place de nouvelles garanties et d'augmenter le nombre de régimes professionnels.

FORCE OUVRIERE rappelle à ce titre qu'en 2012, 95 % des conventions collectives prévoient d'ores et déjà un régime de couverture santé pour les salariés. Les négociations qui débutèrent au 4<sup>ème</sup> trimestre 2012, sur le sujet de la « généralisation » de la complémentaire santé auraient donc pu trouver une autre issue. Encore faut-il s'entendre sur le concept de généralisation, à ne pas confondre selon nous avec universalité de la complémentaire santé.

Dans le périmètre de la négociation, il y a des efforts notables à faire, particulièrement pour certaines catégories de population, tels que les jeunes, les chômeurs de longue durée ainsi que les retraités. Le système de couverture complémentaire est toujours perfectible ; l'utiliser comme paravent de moindres droits collectifs en matière de droit du travail n'entre pas dans notre conception du dialogue social.

Au moment de retracer l'activité de l'année 2012, il est difficile de faire abstraction des bouleversements du premier semestre 2013, en matière de droits collectifs. Ce thème fera à n'en pas douter, l'essentiel de notre contribution 2013. Ainsi, avec un recul suffisant, Force Ouvrière pourra conforter ses analyses et positions sur le tournant que prend la construction collective négociée de régimes complémentaires, que ce soit en santé ou en prévoyance. Les salariés seront juges des signatures ou non des différents accords.

FORCE OUVRIERE tient à saluer le travail mené au sein de la COMAREP, et rappelle son attachement, parfois critique, à cette commission qui permet au plus grand nombre de bénéficier des avancées négociées par les organisations syndicales.

## **LES ORGANISATIONS PATRONALES**

- CGPME
- MEDEF
- UNAPL
- UPA, non contributrice pour le présent rapport



La Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises (CGPME) a toujours porté une grande attention à la protection sociale complémentaire des salariés. C'est pourquoi, comme c'était le cas l'année précédente, elle a relevé avec un grand intérêt la poursuite de l'implication des branches professionnelles et des entreprises, notamment des PME, sur cette importante question.

Toutefois, elle considère toujours que seul un environnement juridique et fiscal favorable aux contrats collectifs peut faciliter un tel investissement. Il s'agit là d'un élément fondamental pour permettre la conclusion de contrats collectifs offrant de bonnes garanties.

Dans cette optique, nous sommes évidemment partisans d'une stabilité de la législation existante.

S'agissant des accords de branches professionnelles, la CGPME continue à souhaiter que l'avis de la COMAREP soit encadré et que celle-ci s'en tienne à la stricte vérification de la conformité aux règles en vigueur et applicables, ceci sans créer de nouvelles contraintes. Ainsi serait laissée aux partenaires sociaux de ces branches professionnelles la liberté de déterminer les dispositions régissant les accords conclus en matière de protection sociale complémentaire à destination des entreprises et des salariés qu'elles représentent. Cela est toujours un point auquel la CGPME est particulièrement attachée et auquel elle veille et continuera de veiller.

Des novations restrictives systématiques ne feraient en effet que restreindre la dynamique de la négociation.

Pour ce qui concerne le rôle essentiel tenu par l'ensemble des parties prenantes au domaine de la protection sociale complémentaire, telles que les mutuelles, les institutions de prévoyance, les sociétés d'assurance, la CGPME rappelle à nouveau que ce rôle doit pouvoir s'exercer de façon lisible et sans ambiguïté dans des conditions similaires et en évitant toute distorsion de concurrence.



La protection sociale complémentaire d'entreprise a connu un essor significatif au cours de ces dernières années. Il traduit un engagement fort des entreprises en faveur de la couverture prévoyance et retraite supplémentaire de leurs salariés.

Avec l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, un nouvel élan a été donné à la négociation collective en matière de complémentaire santé, confortant ainsi le rôle majeur des partenaires sociaux tant au niveau des branches professionnelles qu'au niveau des entreprises.

Cette dynamique doit être soutenue par le maintien d'un environnement législatif et réglementaire favorable au développement des contrats d'assurance collectifs. Elle doit aussi être encouragée par la COMAREP qui doit être garante du respect de la réglementation mais aussi soutien des initiatives prises par les partenaires sociaux. Toute interprétation restrictive de sa part risque d'entamer la confiance des acteurs dans le dialogue social.

La généralisation de la complémentaire santé fait peser une exigence accrue sur les régimes de protection sociale en termes d'efficacité économique et sociale dont dépend la légitimité des accords collectifs. Dans cette perspective, le MEDEF souhaite laisser au niveau de l'entreprise la liberté de choix de l'organisme assureur dans un cadre transparent et pluraliste, en conformité avec le principe posé par l'ANI du 11 janvier 2013. Il sera particulièrement vigilant sur ce point à la COMAREP.



L'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL), organisation représentative du secteur d'activités des professions libérales, attache énormément d'importance à sa qualité de membre de la COMAREP.

Si, à l'évidence, la structure socio-économique des entreprises libérales est très particulière car essentiellement constituée de TPE, cette spécificité n'empêche pas, bien au contraire, un dialogue social ancien et constant à l'échelon des branches qui constituent ce secteur d'activités.

C'est pourquoi, également, si le nombre absolu des accords relatifs à ce secteur examinés par la Commission peut paraître, au regard de la Commission, peu significatif, il est, au regard de ce secteur d'activités, important.

Par ailleurs, la composition de la COMAREP (partenaires sociaux et pouvoirs publics garants de l'intérêt général) lui permet, lors de ses réunions, un dialogue franc et ouvert, à l'origine d'avis consultatifs causés, impartiaux et attendus.

L'UNAPL tient à souligner l'importance de ce bilan.

## **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 deuxième rapport de la COMAREP couvre l'exercice 2012. 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 deux faits marquants de l'exercice écoulé relatifs à la négociation collective en matière de protection sociale complémentaire: le décret du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire ainsi que les arrêts de la Cour de cassation sur les clauses de désignation.

La troisième partie est consacrée à l'activité de la COMAREP au cours de l'exercice 2012. 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.

La quatrième et dernière partie dresse un panorama de la protection sociale complémentaire de branche. Elle présente notamment les régimes créés et étendus au cours de l'année 2012.

### **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 (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. Le ministre n'est toutefois pas lié par cet avis.

En pratique, la COMAREP est consultée sur 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 9), 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

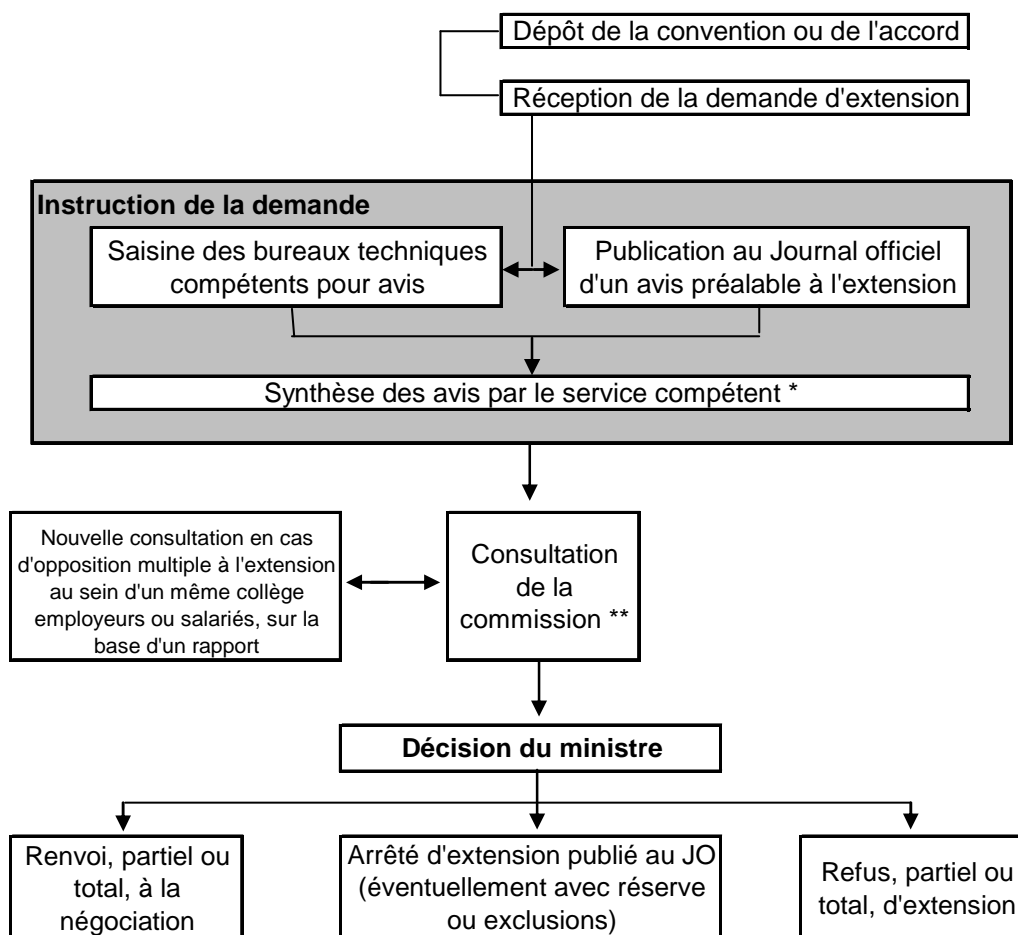
Tout comme la CNNC, la COMAREP peut, sur proposition de l'administration ou de son propre chef, proposer :

- 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 2012

Parmi les événements de l'année 2012 qui intéressent la protection sociale complémentaire deux d'entre eux méritent d'être mentionnés. Il s'agit des décisions de la Cour de cassation sur les clauses de désignation d'une part et de la publication du décret du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire d'autre part.

### A. La jurisprudence de la Cour de cassation sur les clauses de désignation

L'année 2012 a été marquée par six arrêts de la Cour de cassation<sup>1</sup> relatifs à la clause de désignation régie par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Ces arrêts concernent tous la branche de la boulangerie et de la boulangerie-pâtisserie au sein de laquelle les partenaires sociaux avaient conclu le 24 avril 2006 un avenant n°83 à la convention collective par lequel était mis en œuvre un régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de santé. Les partenaires sociaux avaient désigné la société AG2R pour gérer le régime et avaient imposé à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective d'adhérer à cette organisme à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, quelle que soit la couverture en vigueur dans les entreprises et le niveau de garanties qu'elles offraient à leurs salariés préalablement à la conclusion de la signature de l'avenant. La branche a ainsi mis en place ce que la doctrine nomme une « clause de migration obligatoire ».

Plusieurs entreprises avaient refusé de s'affilier au régime géré par AG2R, conformément à l'avenant n°83, au motif qu'elles avaient déjà adhéré à un autre organisme d'assurance complémentaire par un accord de groupe antérieur. L'institution AG2R les avait alors assignées en paiement des cotisations et en régulation forcée de leur adhésion à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Dans ces arrêts<sup>2</sup>, la Cour de cassation reconnaît la licéité d'une clause de migration obligatoire, confirmant ainsi son jugement de 2007<sup>3</sup>, en se fondant sur la combinaison des articles L. 912-1 alinéa 2 du code de la sécurité sociale et L. 2253-1 du code du travail. La Cour indique en effet que « *l'adaptation en matière de garantie de niveau équivalent consiste nécessairement dans la mise en conformité de l'accord d'entreprise avec l'accord professionnel ou interprofessionnel de mutualisation des risques imposant l'adhésion de l'entreprises au régime géré par l'institution désigné par celui-ci* ». La Cour fonde également sa décision sur le principe de la hiérarchie des normes déterminé par l'article L. 2253-3 du code du travail qui dispose notamment qu'en matière de garanties collectives mentionnées à l'article L. 912-1 du code de la

---

<sup>1</sup> C. Cass. (Chambre sociale), 21 novembre 2012, n°10-21.254, 10-21.255 ; 10-21.256 ; 10-21.257

C. Cass. (Chambre sociale), 27 novembre 2012, n°11-19.781

C. Cass. (Chambre sociale), 27 novembre 2012, n°11-18.556, 11-18.557, 11-18.558, 11-18.559, 11-18.560

C. Cass. (Chambre sociale), 27 novembre 2012, n°11-18.554

C. Cass. (Chambre sociale), 5 décembre 2012, n°11-18.716

C. Cass. (Chambre sociale), 5 décembre 2012, n° 11-24.233

<sup>2</sup> Si ces arrêts ont été particulièrement marquants, leur portée a été totalement remise en cause par la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013<sup>2</sup>. Le Conseil a considéré en effet que les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale sont inconstitutionnelles car 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. Le Conseil a précisé que cette décision n'est 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 code de la sécurité sociale et aux mutuelles relevant du code de la mutualité.

Le Gouvernement a souhaité être éclairé sur la portée précise de cette décision tant en ce qui concerne ses modalités d'application dans le temps que les conséquences à en tirer pour la préparation de nouvelles dispositions législatives encadrant les conditions dans lesquelles les partenaires sociaux et les entreprises organiseront, à l'avenir, la couverture complémentaire de leurs salariés. A cet effet, le Conseil d'Etat a été saisi d'une demande d'avis.

<sup>3</sup> C. Cass. (Chambre sociale), 10 octobre 2007, n°05-15.850

sécurité sociale, un accord d'entreprise ne peut comporter des clauses dérogeant à celles des accords de branche ou accords professionnels et interprofessionnels.

La licéité des clauses de migration obligatoire avait déjà été reconnue par la Cour de Justice de l'Union Européenne<sup>4</sup>.

## **B. L'encadrement des exclusions d'assiette des cotisations par le décret du 9 janvier 2012 sur les catégories objectives**

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003, conditionne les exonérations de cotisations sociales des contributions patronales finançant les régimes de protection sociale complémentaire (santé, prévoyance et retraite) à l'obligation que ces régimes soient institués au sein de la branche professionnelle, de l'entreprise ou de l'établissement, à titre collectif et obligatoire.

Les conditions d'application de ces règles ont été explicitées par voie de circulaire et notamment par la circulaire du 30 janvier 2009.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est venue préciser la notion de régime collectif en disposant que les garanties doivent, pour le bénéfice de l'exemption sociale, bénéficier à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat.

Le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 établit donc 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 : l'appartenance aux catégories de cadres ou de non-cadres; les tranches de rémunération correspondant aux tranches de cotisations AGIRC-ARRCO; l'appartenance aux classifications professionnelles définies dans la convention collective applicable à l'entreprise (c'est-à-dire le premier niveau de classification); le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions (c'est-à-dire le deuxième niveau de classification et le cas échéant, le troisième, le quatrième etc.); l'appartenance à des catégories établies à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.

Pour certains de ces critères et pour certains types de garanties, il appartient à l'employeur de justifier du caractère objectif des catégories ainsi instituées (cf. art. R. 242-1-2), tandis que le décret reconnaît les autres comme constitutifs de catégories objectives.

Ce décret précise en outre les cas où des possibilités de dispense d'adhésion peuvent être aménagées sans perte du caractère obligatoire du dispositif, par exemple, à leur demande, pour les titulaires d'un CDD ou les apprentis.

Un recours formé par la CGT et la CFE-CGC contre ce décret a été rejeté par une décision du Conseil d'Etat en date du 15 mai 2013 (n°357479), qui conclut notamment à la conformité de ses dispositions au principe d'égalité.

Le décret prévoit que les dispositifs déjà existants et valides au regard du droit antérieur continuent de bénéficier de l'exemption d'assiette jusqu'au 31 décembre 2013, de manière à aménager une période de transition pour les accords collectifs déjà conclus.

---

<sup>4</sup> CJUE, 3 mars 2011, AG2R c./Beaudout, C-437/09

Afin d'expliciter les modalités d'application du nouveau cadre juridique concernant le caractère obligatoire et collectif des régimes bénéficiaires de l'exemption, une circulaire a été élaborée par la direction de la sécurité sociale, dont un projet a été soumis à une consultation publique par internet en juin 2013. Elle a été publiée le 25 septembre 2013.

### **III. L'activité de l'année 2012**

#### **A. L'activité de la commission est restée soutenue**

##### *1. Un nombre important d'accords examinés*

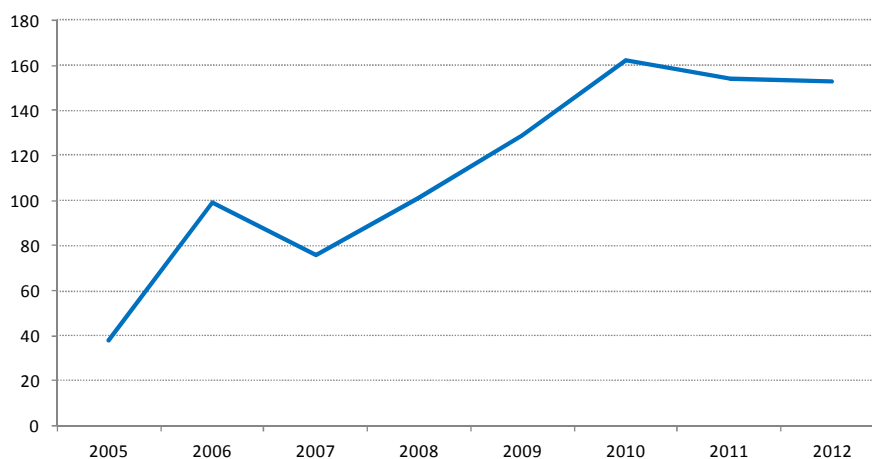
La COMAREP s'est réunie à 5 reprises dans le courant de l'année 2012. Elle a examiné **160 accords** répartis comme suit.

- **En matière de retraite complémentaire** (accords AGIRC-ARRCO), **7** avenants ont été examinés en 2012 :
  - 3 avenants à la convention collective nationale du 14 mars 1947 régissant l'AGIRC : l'avenant A-266 signé le 6 décembre 2011 et les avenants A-267 et A-268 signés le 18 septembre 2012 ;
  - 4 avenants à l'accord national professionnel du 8 décembre 1961 régissant l'ARRCO : l'avenant n°117 signé le 6 décembre 2011, l'avenant n°118 signé le 19 juin 2012 et les avenants n°119 et n°120 signés le 18 septembre 2012.

Ces avenants ont porté sur des ajustements de la réglementation dans les domaines suivants :

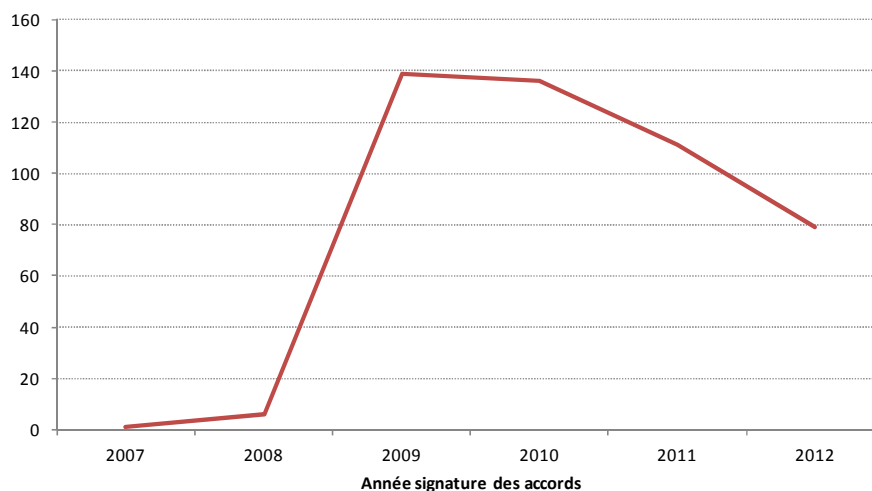
- règles de validation des périodes de chômage (contrat de sécurisation professionnelle – contrat de transition professionnelle) ;
  - réserves des régimes ;
  - règles de calcul des droits à réversion pour les ex-conjoints.
- 
- **En matière de protection sociale complémentaire, l'activité conventionnelle** a été particulièrement soutenue puisque **153** accords ont été soumis à la COMAREP. On observe ainsi une stabilité du volume des accords instruits depuis 2011 (154 accords examinés en 2011), cf graphique suivant.

### Nombre d'accords examinés annuellement par la COMAREP



En effet, bien que le nombre d'accords signés par les partenaires sociaux relatif à la protection sociale complémentaire (cf. graphique ci-dessous), ainsi que les délais de traitement de ces accords soient en diminution, la COMAREP au-delà du traitement des flux d'accords, continue de traiter une partie du stock accumulé.

### Nombre d'accords signés puis examinés par la COMAREP jusqu'en 2012



Sur les 153 accords examinés par la COMAREP en 2012, 25 relevaient de la compétence conjointe de la direction de la sécurité sociale et de la direction du budget, qui ont eu en charge la publication des avis au Journal Officiel puis des arrêtés d'extension.

Ce dynamisme fait de la protection sociale complémentaire le 4<sup>ème</sup> sujet de négociation collective<sup>5</sup>, le 2<sup>ème</sup> thème négocié dans le cadre des commissions mixtes paritaires et le 1<sup>er</sup> thème des accords signés dans ce cadre. Plusieurs facteurs y contribuent :

<sup>5</sup> 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.



- 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 maladie<sup>6</sup>;
- 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 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.

## 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 « courts termes », 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.

Des indicateurs « long termes » qui visent à mesurer l'activité annuelle de la COMAREP.

Le mode d'estimation de ces indicateurs est présenté en annexe, ainsi que les différentes présentations des indicateurs courts termes effectuées à chaque séance de la commission en 2012. Il en ressort que les délais de traitement ont été globalement raccourcis au cours de l'année 2012.

Concernant les indicateurs de l'activité annuelle de la commission en 2012:

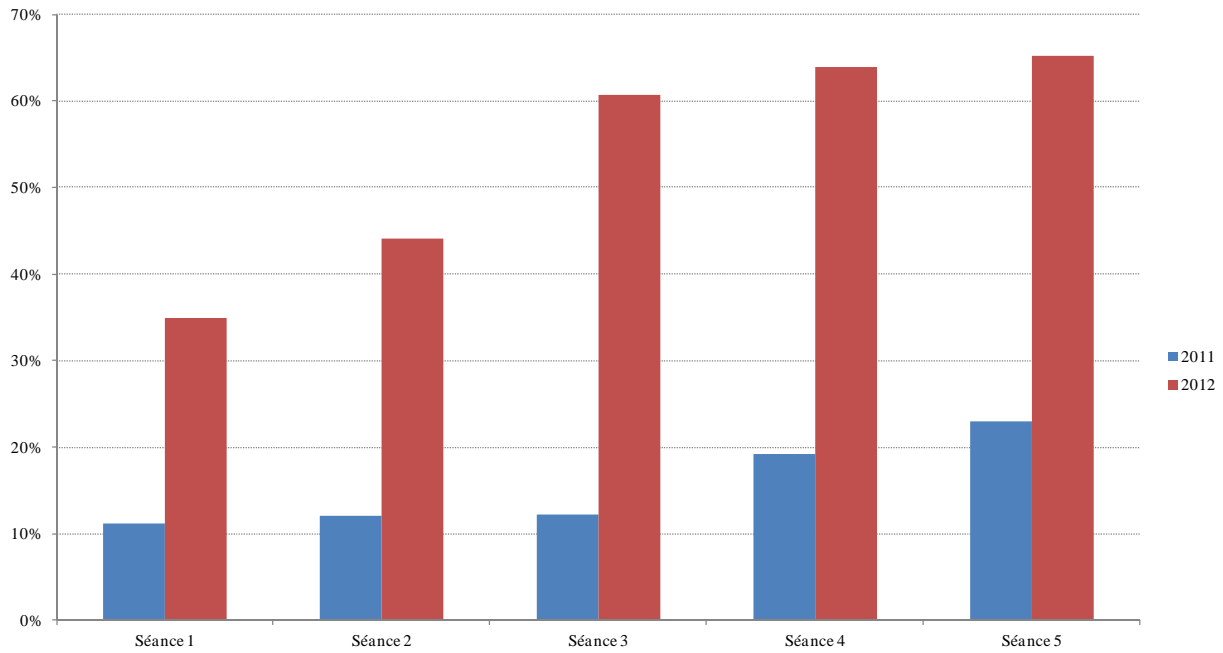
### ➤ Indicateur de l'activité annuelle 1 : « Taux d'examen dans le trimestre »

Cet indicateur mesure la part d'accords qui sont passés en COMAREP dans un délai de 90 jours, c'est-à-dire pour lesquels il s'est écoulé moins de 3 mois entre la saisine de la DSS et le passage en COMAREP.

---

<sup>6</sup> 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.

### Indicateur de l'activité annuelle : " taux d'examen dans le trimestre "



*Note :* Au 21 novembre 2012, 65% des accords sont passés en commission dans un délai de moins de 3 mois. Au 21 novembre 2011, cet indicateurs atteignait 23%,

Tout d'abord on constate une forte réduction des délais de traitement imputable à la DSS entre 2011<sup>7</sup> et 2012, puisque le taux d'accords passés en COMAREP en moins de 3 mois a quasiment triplé en un an : passant de 23% en novembre 2011, à 65% en novembre 2012.

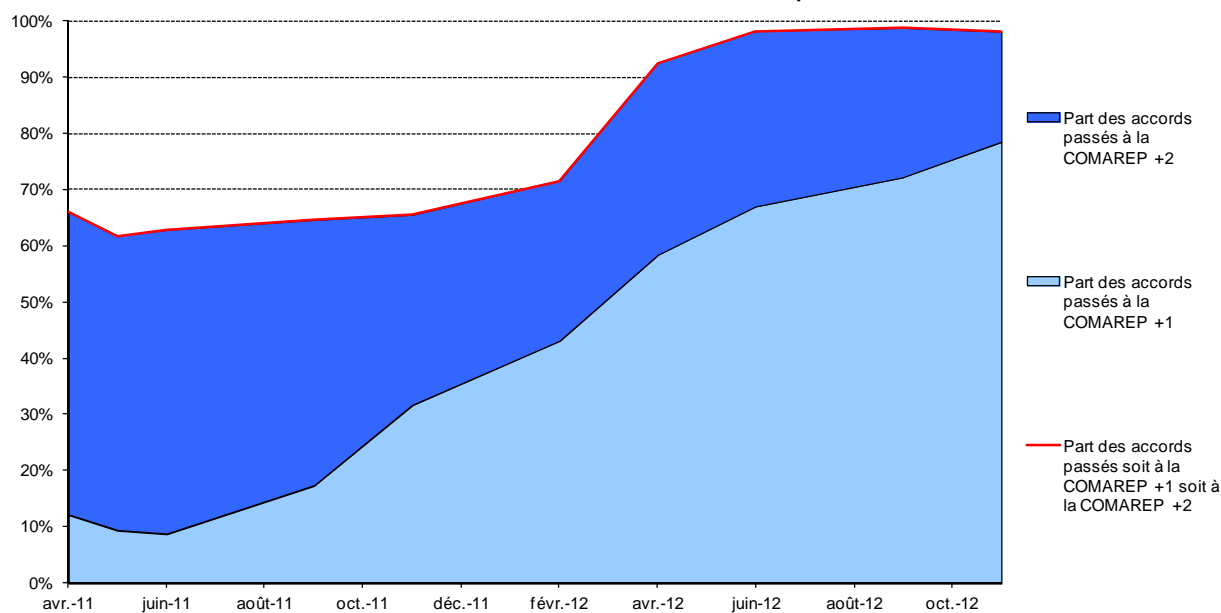
Par ailleurs, on constate que le taux d'accords passés en COMAREP en moins de 3 mois a nettement progressé sur la période 2012 : il a ainsi quasiment doublé, passant de 35% en février 2012 à 65% en novembre 2012.

#### ➤ L'indicateur l'activité annuelle 2 : « Taux de traitement à la première COMAREP »

Il mesure la part d'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 l'ordre du jour est arrêté au moins un mois avant la COMAREP, sont exclus de cette analyse les accords qui sont déposés à la DSS dans le mois qui précède la COMAREP.

<sup>7</sup> Il faut toutefois souligner qu'aux fins de comparaison la première COMAREP de 2011 a été exclu du graphique ci dessus

### L'indicateur l'activité annuelle 2 : « Taux de traitement à la première COMAREP »



*Note :* Au 20 novembre 2012: 98% des accords passés en COMAREP le sont soit à la première soit à la deuxième commission suivant la date de saisine de la DSS. Plus précisément 78% des accords sont passés à la première COMAREP suivant la date de saisine de la DSS et 20% à la deuxième COMAREP.

Fin 2012, 78% 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 32% à la fin 2011.

## B. Caractéristiques des accords examinés : les principales observations formulées par la COMAREP et préconisations en découlant

Sur les 153 accords collectifs examinés par la Commission en 2012 :

- 28 accords instaurent des garanties au profit des salariés ou révisent profondément les garanties déjà existantes (cf partie IV. - A) ;
- 26 accords vont dans le sens d'une amélioration du dispositif existant, en créant une nouvelle garantie, en augmentant le niveau de prestations et/ou en réduisant le taux de cotisations ;
- 21 accords visent à augmenter le taux de cotisations (dont 10 au titre de la prise en compte de la réforme des retraites et 3 au titre de la prise en compte des hausses de taxes) et 2 accords à revoir à la baisse le niveau des prestations du régime ;
- 11 accords ont principalement pour objet d'adapter le mécanisme de garantie « maintien de salaire » à l'article 5 de l'ANI du 11 janvier 2008 et à la loi du 25 juin 2008<sup>8</sup> ;
- 8 accords concernent le dispositif de portabilité des droits (article 14 de l'ANI), dont 2 au moins instaurent un financement mutualisé ;
- 12 accords concernent le mode de « désignation » du ou des organismes assureurs, parmi lesquels 5 accords organisent la reconduction de la désignation des organismes assureurs gestionnaires du régime, 1 accord renouvelle l'organisme précédemment recommandé et 1 accord organise le changement de son organisme assureur désigné ;
- Les 47 accords restants traitent de sujets divers : toilettage des dispositions, commission paritaire de suivi du (des) régime(s), ajout de paragraphes fixant les objectifs recherchés par les partenaires sociaux ayant instauré les régimes, engagement à mettre en place des

<sup>8</sup> L'ancienneté requise pour bénéficier de la garantie a été ramenée de 3 ans à 1 an et le délai de carence est passé de 10 à 7 jours.

garanties dans un délai donné, règles d'utilisation des excédents financiers du régime, instauration de fonds sociaux.

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

41% des accords examinés par la COMAREP en 2012 ont fait l'objet d'au moins une observation, sachant qu'un même accord peut faire l'objet de plusieurs observations. Les problématiques exposées ci-après concentrent les principales observations formulées par la commission et nécessitent un rappel spécifique. On soulignera que plusieurs d'entre elles avaient déjà été formulées dans le rapport 2011.

### ***1. 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 événement 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 vingt et une observations à ce titre en 2012. Elles concernent pour l'essentiel la « garantie double effet » mais aussi la rente de conjoint et la rente éducation.

#### *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 a considéré, 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 ainsi formulé treize observations à ce titre en 2012.

### *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 n'est pas possible.

Deux accords ont fait l'objet d'une observation en ce sens en 2012.

### *Rente éducation*

L'objet de la rente temporaire d'éducation est d'assurer une aide à l'éducation et à l'autonomie à des enfants dont le parent est décédé ou en situation d'invalidité absolue et définitive, aussi longtemps qu'ils sont « à charge », à savoir qu'ils ne sont pas en mesure de subvenir eux-mêmes financièrement à leurs besoins. Tous les enfants à charge doivent être traités de façon identique.

Ainsi un accord ne peut pas prévoir que la rente sera viagère pour les enfants classés en deuxième ou troisième catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale si leur handicap a été reconnu avant leur 26<sup>ème</sup> anniversaire sous réserve que ces enfants handicapés soient âgés de moins de 26 ans à la date du décès du salarié.

Les enfants handicapés qui sont considérés comme des « enfants à charge » au sens de l'accord, se trouvent dans une situation identique dès lors qu'ils ont été reconnus invalides avant leur 26<sup>e</sup> anniversaire, quel que soit l'âge qu'ils ont au jour du décès de leur parent. Dès lors, ils doivent être traités de la même façon. Le fait de conditionner la rente viagère à l'âge atteint par l'enfant en situation de handicap au moment du décès du salarié, constitue un critère sans rapport direct avec l'objet de la garantie. En effet, l'enfant était à la charge permanente du salarié au moment

de son décès, le fait qu'il soit alors âgé de 24 ou 26 ans ne traduit aucune différence de situation justifiant une différence de traitement.

De même un accord ne peut pas prévoir que la rente éducation ne sera versée qu'à un nombre limité d'enfants « à charge » ou aux seuls enfants de moins de 26 ans à la condition qu'ils poursuivent leurs études.

En 2012, la COMAREP a formulé six observations en ce sens.

## ***2. 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.

L'employeur peut 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 est préconisé que la ligne de garantie relative au maintien de salaire ne soit pas intégrée dans le tableau des cotisations. En effet, la cotisation de cette garantie n'a pas la nature juridique d'une garantie de protection sociale complémentaire au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et le traitement social et fiscal de cette cotisation, comme d'ailleurs celui des sommes perçues par le salarié, est différent de celui réservé aux cotisations et prestations des régimes de prévoyance.

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 2012, les dispositions de quatorze conventions ou accords collectifs ne respectaient pas ce niveau « plancher » d'indemnisation et ont par conséquent fait l'objet d'observations portant soit sur la durée du maintien de la garantie, soit sur son montant, soit sur l'absence des cas de dérogation au délai de carence (maladie professionnelle notamment).

## ***3. Les clauses de désignation***

Lorsque les partenaires sociaux attribuent un avantage aux salariés en matière de protection sociale complémentaire de prévoyance (couvrant les risques d'incapacité de travail, d'invalidité

ou de décès) ou de remboursement des frais et soins de santé au sein d'une branche professionnelle, il leur appartient de définir les obligations qu'ils entendent faire peser sur les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective. Le choix opéré reflètera le degré de mutualisation du régime.

Ainsi, l'accord peut se limiter à imposer une cotisation minimale ou à définir seulement les garanties qui doivent être offertes. Dans un tel cas, les entreprises concernées par l'accord souscrivent un contrat d'assurance auprès de l'organisme assureur de leur choix ; l'accord ne comporte alors aucune mutualisation des risques au sein de la branche, il se borne à définir une obligation en termes de taux de cotisation ou de couverture pour les entreprises. L'accord peut aller au-delà, en invitant, sans force contraignante, les entreprises à souscrire auprès d'un ou plusieurs organismes présélectionnés (clause de « recommandation »).

Avant la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013<sup>9</sup> qui a déclaré inconstitutionnel l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'accord pouvait également imposer, dans le cadre d'une clause de désignation, en application de cet article, l'affiliation à un ou plusieurs organismes assureurs désignés, ce qui entraîne une mutualisation des risques.

Les partenaires sociaux pouvaient dans ce cadre imposer à toutes les entreprises de la branche, y compris à celles qui disposaient, antérieurement à l'entrée en vigueur du régime de branche, d'un régime propre offrant des garanties supérieures, risque par risque, de s'affilier auprès de l'organisme assureur désigné dans l'accord de branche. Dans ce cas, la clause de désignation était assortie d'une clause dite « de migration obligatoire ». La Cour de justice de l'Union Européenne avait admis la conformité de telles clauses au droit communautaire, dans sa décision du 3 mars 2011, AG2R prévoyance c/ Beaudout (Cf. supra p 22).

Dans le cas de la mise en place d'une clause de désignation, les partenaires sociaux devaient déterminer les conséquences que cela entraîne, en particulier pour les entreprises qui avaient déjà instauré, antérieurement à l'entrée en vigueur du régime de branche, un dispositif propre. Ainsi, l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale dispose que : « *Lorsque les accords [prévoyant une clause de désignation] s'appliquent à une entreprise qui, antérieurement à leur date d'effet, a adhéré ou souscrit un contrat auprès d'un organisme différent de celui prévu par les accords pour garantir les mêmes risques à un niveau équivalent, les dispositions du second alinéa de l'article L. 132-23 du code du travail [devenus les articles L. 2253-2 et L. 2253-3] sont applicables.* »

L'article L. 2253-2 du code du travail dispose que : « *Lorsqu'une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel vient à s'appliquer dans l'entreprise postérieurement à la conclusion de conventions ou d'accords d'entreprise ou d'établissement négociés conformément au présent livre, les stipulations de ces derniers sont adaptées en conséquence.* » L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale pose en son premier alinéa le principe de l'adhésion obligatoire à l'organisme assureur désigné et au second alinéa l'obligation d'adapter les régimes d'entreprises instaurés antérieurement et offrant des garanties de niveau équivalent.

En application de cet article, la position qui était retenue par la COMAREP de manière constante, mais sans être unanime, était de considérer que la possibilité de ne pas adhérer aux régimes de branche était limitée aux entreprises disposant de garanties, appréciées risque par risque, de niveau strictement supérieur.

---

<sup>9</sup> Conseil Constitutionnel, 13 juin 2013, n°2013-672 DC. La déclaration d'inconstitutionnalité n'est 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 code de la sécurité sociale et aux mutuelles relevant du code de la mutualité.

Les entreprises qui avaient instauré des garanties de niveau inférieur ou équivalent devaient nécessairement rejoindre la mutualisation, c'est-à-dire s'affilier auprès de l'organisme assureur désigné par la branche. Elles ne pouvaient donc adapter le régime préexistant en relevant le niveau des garanties pour les rendre supérieures à celles du régime de branche, dans le seul but de conserver l'organisme de leur choix.

Au-delà de cette question des dérogations au principe d'affiliation obligatoire, la COMAREP a été confrontée à la question relative à la construction d'une clause de désignation fondée sur un régime à caractère obligatoire comportant deux options : une formule « de base » et une formule « améliorée », au libre choix de l'employeur. Le fonds unique géré par l'organisme assureur désigné est ainsi alimenté par deux niveaux de cotisations et permet de financer deux niveaux de prestations. La « mutualisation » telle que les partenaires sociaux l'avaient envisagée s'effectuait ainsi dans le cadre de deux régimes distincts, correspondant à des entreprises et des salariés différents, avant que les comptes de résultats des deux régimes ne soient consolidés.

La COMAREP a considéré qu'une telle clause de désignation n'était pas légale puisqu'un accord mettant en place deux régimes alternatifs distincts pour les salariés entrant dans son champ d'application ne pouvaient être regardés comme organisant une mutualisation des risques au sens et pour l'application de l'article L. 912-1 précité. La mutualisation implique l'existence d'un seul et unique régime, c'est-à-dire imposant à l'ensemble des entreprises concernées des cotisations identiques et des prestations identiques. Les entreprises demeurent libres d'adhérer à des garanties supérieures, par rapport au socle de base, mais les garanties additionnelles correspondantes doivent être extérieures au champ de la mutualisation.

En 2012, huit conventions et accords collectifs ont fait l'objet d'observations concernant la clause de désignation. Compte tenu de la décision du Conseil constitutionnel, la doctrine de la COMAREP relative à la clause de désignation devient caduque (Cf. page 23).

#### ***4. Le mécanisme de portabilité des droits***

L'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 et son avenant n° 3 du 18 mai 2009 créent un mécanisme de portabilité des droits du salarié dont le contrat de travail est rompu. Il permet à l'ancien salarié de conserver le bénéfice des garanties de prévoyance lourde et de frais de santé dont il bénéficiait dans sa dernière entreprise. L'ANI prévoit deux modalités de financement : soit la cotisation, dont le montant est inchangé, reste due par l'entreprise et l'ancien salarié, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité (système dit du « cofinancement »), soit un système de mutualisation du financement peut être mis en place, faisant peser la cotisation destinée au financement du maintien des garanties aux anciens salariés sur l'entreprise et les salariés en activité, de sorte que le bénéficiaire n'a plus à verser de cotisations après sa sortie de l'entreprise.

En 2012, la COMAREP a formulé trois sortes d'observations concernant ce mécanisme.

En premier lieu, l'avenant n° 3 du 18 mai 2009 à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 prévoit que « *les intéressés garderont le bénéfice des garanties des couvertures complémentaires santé et prévoyance appliquées dans leur ancienne entreprise.* »

Cela signifie que les anciens salariés qui peuvent prétendre au dispositif de portabilité doivent en bénéficier dans les mêmes conditions que les salariés actifs. Or, dans deux accords, le délai de franchise pendant lequel les anciens salariés ne seront pas indemnisés au titre d'une incapacité de travail était différent de celui qui est appliqué aux salariés appartenant aux effectifs de l'entreprise.



En deuxième lieu, deux accords collectifs ont fait l'objet d'une observation car ils prévoyaient que « à défaut de paiement par l'ancien salarié ou l'employeur de la quote-part de cotisation lui incombant, les droits à portabilité cessent. »

Or le défaut de paiement par l'entreprise de ses cotisations dues au titre du régime de prévoyance et / ou de frais de santé ne saurait priver automatiquement et de façon immédiate le salarié de ses droits. L'organisme assureur est tenu de maintenir les garanties et les prestations au salarié ou à l'ancien salarié et de mettre en œuvre, le cas échéant, les procédures prévues par le code de la sécurité sociale, le code de la mutualité ou le code des assurances en cas de non paiement par une entreprise de sa quote-part de cotisation.

En troisième et dernier lieu, deux accords collectifs ont fait l'objet d'une observation car ils conditionnaient le maintien des garanties dès le lendemain de la date de fin du contrat de travail au fait que le salarié ait été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur désigné.

Or cette disposition concerne les relations contractuelles entre chacune des entreprises de la branche et l'organisme assureur désigné, plutôt que les droits et obligations respectives des salariés et des employeurs.

#### ***5. Composition des commissions de suivi des régimes de protection sociale complémentaire***

En 2012, sept conventions ou accords collectifs ont fait l'objet d'une observation de la COMAREP s'agissant de la composition des commissions de suivi des régimes protection sociale complémentaire.

La COMAREP considère que ces commissions doivent être composées de toutes les organisations représentatives du personnel et non pas des seules signataires de l'accord. En effet, ces commissions peuvent, par exemple, être en charge du règlement des litiges, de l'examen de la situation financière, de l'interprétation de l'accord ou encore de la gestion du régime de prévoyance. Dès lors, la COMAREP s'est positionnée sur le fait que la représentation des salariés devrait pouvoir être assurée non pas par les seules organisations professionnelles signataires de l'accord collectif le mettant en place mais par l'ensemble des partenaires sociaux de la branche.

#### ***6. Exclusions de garantie en cas de suicide ou de mutilation volontaire***

En 2012, la COMAREP a eu l'occasion de se prononcer pour la première fois sur les exclusions de garantie en cas de suicide ou mutilation volontaire d'un salarié. A l'unanimité, elle s'est positionnée en faveur d'une censure de l'exclusion de garantie en raison du suicide d'un salarié, du fait du caractère collectif du régime et de la mutualisation que celui-ci organise. Pour les mêmes raisons et toujours à l'unanimité, la commission s'est également prononcée en faveur d'une censure de l'exclusion des cas de mutilation volontaire d'un salarié des garanties.

#### ***7. Présentation des taux de cotisation***

En 2012, la COMAREP s'est prononcée pour la première fois sur la présentation des taux de cotisation. Elle a considéré, même si cela n'a 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'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 et non sur le soit disant montant « hors taxe ». 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 » est donc inadéquate.

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 pourrait être admis.

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 2012, 6 accords ou conventions collectives ont fait l'objet d'une observation relative à la présentation des taux de cotisation.

#### **IV. Les nouveaux régimes examinés par la COMAREP en 2012**

La COMAREP a examiné 9 nouveaux régimes au cours de l'année 2012 :

- Deux branches ont instauré des garanties de prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) concernant au moins 30 500 salariés (donnée disponible pour une des deux branches) ;
- Cinq branches ont instauré des garanties de frais de santé au bénéfice de 663 500 salariés environ ;
- Deux branches ont instauré à la fois des garanties frais de santé et prévoyance au bénéfice de 65 800 salariés environ.

Cinq de ces régimes organisent une mutualisation des risques auprès d'un organisme d'assurance désigné. Dans un cas, la clause de désignation est assortie d'une clause de migration obligatoire. Deux de ces régimes ont opté pour la recommandation d'un organisme d'assurance et deux d'entre eux ont laissé aux entreprises de leur branche la possibilité de recourir à l'organisme d'assurance de leur choix.

Les deux branches ayant mis en place des garanties de prévoyance sont celles de la librairie et de la production et la transformation de papiers cartons et celluloses.

Les deux branches qui ont mis en place à la fois des garanties de frais de santé et des garanties de prévoyance sont la branche de la promotion immobilière et celle des activités industrielles de la boulangerie pâtisserie.

Les quatre régimes de prévoyance mis en place couvrent à la fois les cadres et les non cadres :

- deux de ces régimes prévoient des taux de cotisations et des garanties différentes entre les cadres et les non cadres (celui de la librairie et celui de la branche des activités industrielles de la boulangerie pâtisserie) ;
- les deux autres régimes prévoient les mêmes garanties pour tous les salariés. Parmi ces deux régimes, une branche impose un taux de cotisation minimum avec une participation financière de 50% maximum pour les salariés (production et transformation des papiers cartons) et une branche prévoit un taux de cotisation identique entre les cadres et les non cadres (promotion immobilière).

Dans les quatre régimes, les salariés participent à la cotisation à hauteur de 50% maximum sous réserve des dispositions de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 qui impose à tout employeur de financer les garanties de prévoyance à hauteur de 1,5% du salaire de la tranche A des cadres. Le taux de cotisation (hors cadre) varie entre 0,77 et 1,54% du salaire.

Les sept régimes ayant mis en place une garantie frais de santé concernent les branches suivantes : transports routiers et activités auxiliaires de transports, promotion immobilière, restauration rapide, bijouterie, orfèvrerie et activité qui s'y rattachent, production et transformation des papiers cartons et celluloses, métallurgie de l'Isère et des Hautes Alpes, activités industrielles de boulangerie pâtisserie, courtage d'assurance et/ou de réassurance. Ces régimes couvrent à la fois les cadres et les non cadres, sauf celui de la métallurgie de l'Isère qui ne concerne que les non cadres. Dans six régimes, la cotisation est forfaitaire, la branche de la restauration rapide ne définit pas un taux de cotisation mais impose seulement la participation de l'employeur à hauteur de 50%. Elle est prise en charge par l'employeur à hauteur de 50 à 75%. La prise en charge des ayants droit varie en fonction des régimes. Deux branches ne prévoient pas de dispositions relatives à la prise en charge des ayants droit mais laissent aux entreprises de leur branche le soin de décider si les garanties s'appliqueront aux ayants droit et selon quelles modalités (courtage d'assurance et restauration rapide). Quatre branches prévoient une prise en charge facultative des ayants droit, intégralement financée par le salarié (bijouterie, métallurgie de l'Isère, activités industrielles de la boulangerie pâtisserie et transports routiers). Une seule branche, celle de la promotion immobilière, impose la couverture obligatoire des ayants droit.

## **ANNEXES**

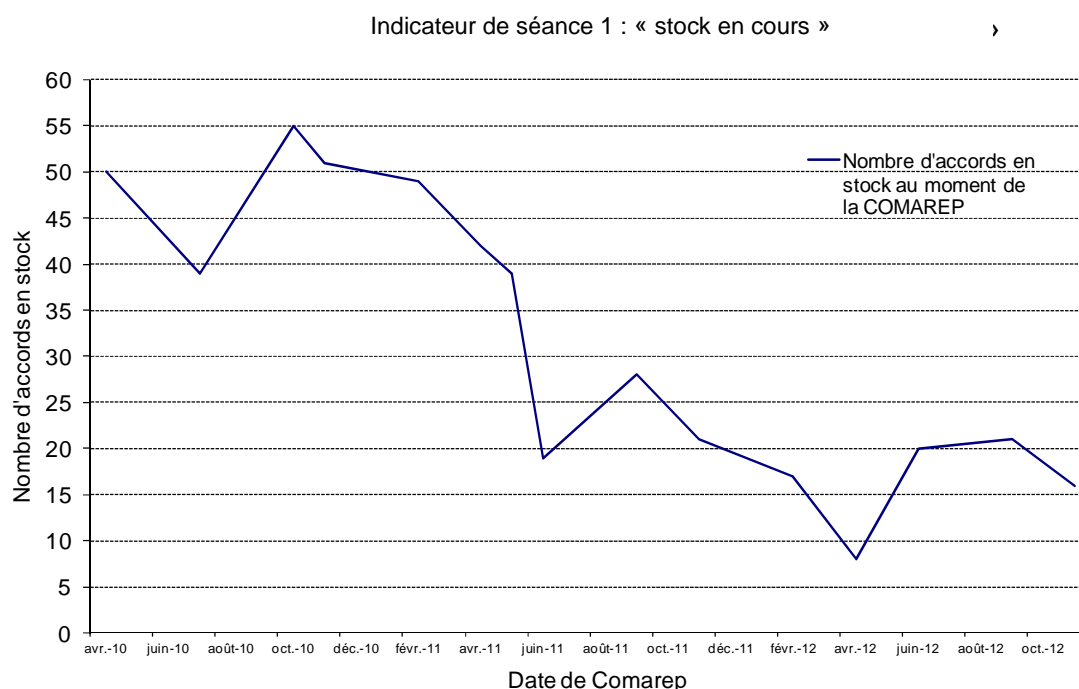
## Annexe I - Indicateurs mesurant l'activité de la COMAREP

Plusieurs indicateurs permettent de mesurer l'activité de la commission et celle de son secrétariat :

- des indicateurs propres à la séance ;
- des indicateurs d'activité annuelle, permettant de suivre l'évolution de 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.**

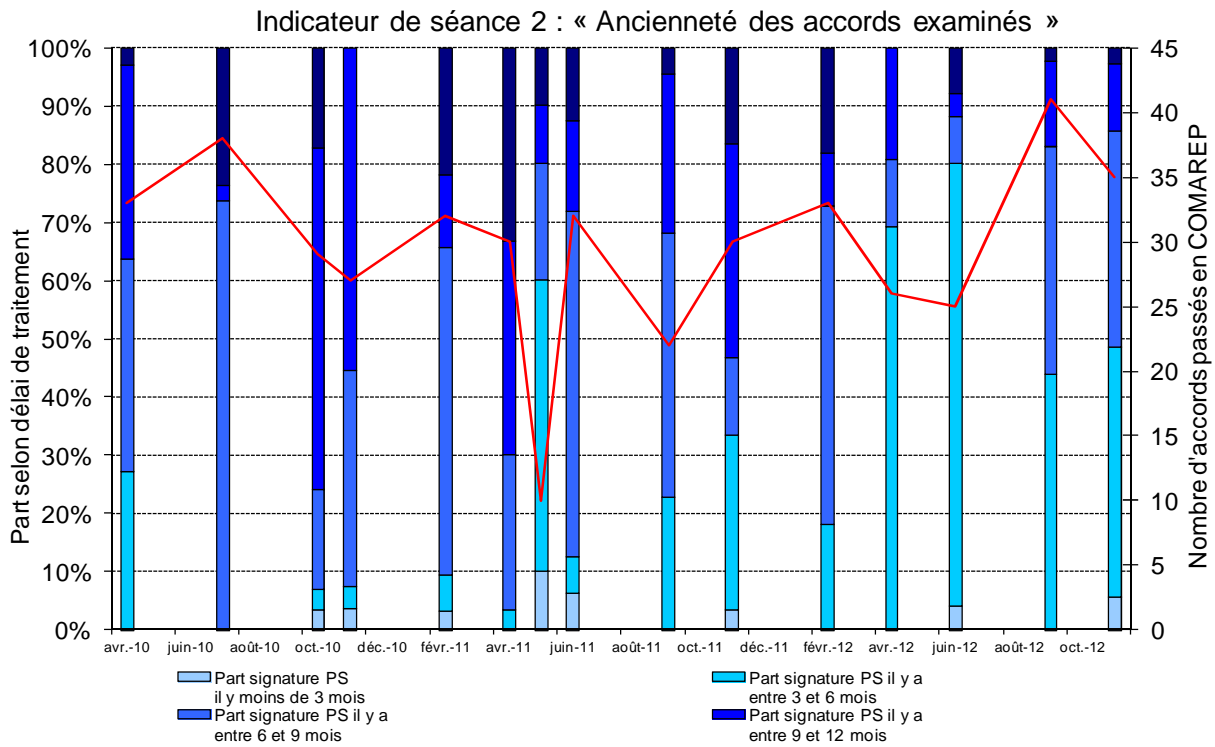


Cet indicateur souligne la diminution nette du nombre d'accords en stock depuis 2010. Ainsi au 8 avril 2010 il restait 50 accords en stock à examiner par la DSS contre 16 lors de la dernière COMAREP de 2012. Parmi ces 16 accords, seuls trois étaient parvenus à la DSS plus de deux mois avant la séance et sept depuis plus d'un mois.

Au cours de l'année 2012, on a ainsi constaté une augmentation du nombre d'accords en stock en juin 2012, qui s'est légèrement prolongée en septembre, pour finalement se résorber en partie en novembre.

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

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

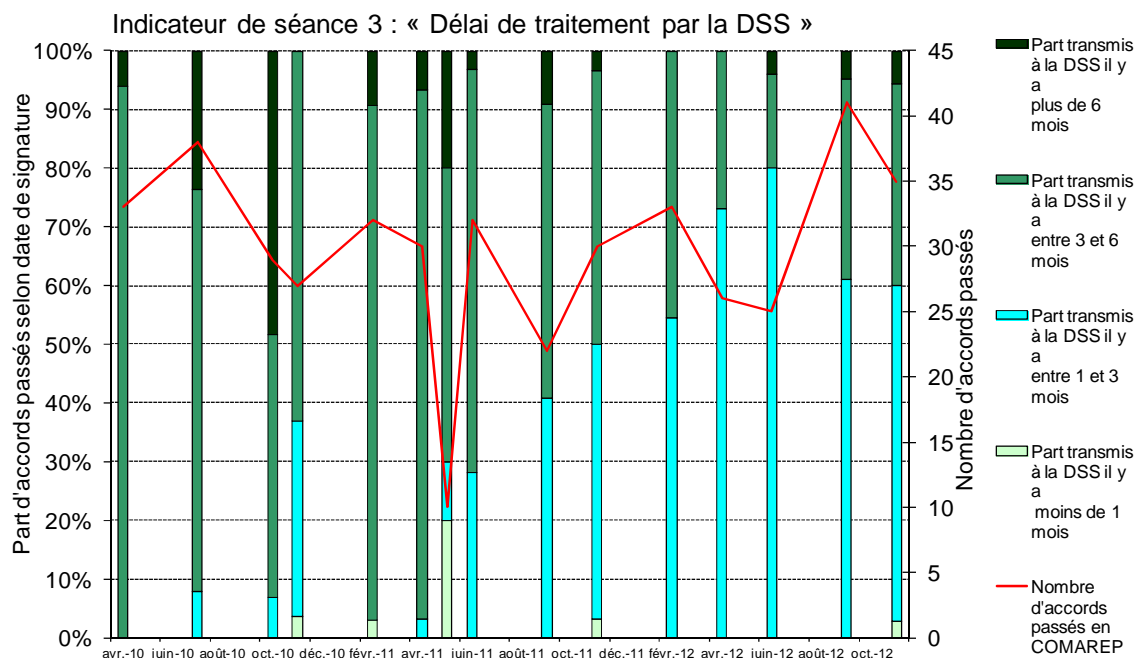


On remarque une amélioration sensible de l'indicateur depuis les COMAREP de 2010, amélioration d'autant plus nette depuis les séances de la COMAREP les plus récentes. Ainsi 86% des accords passés à la séance de novembre 2012 avaient été traités en moins de 9 mois à compter de leur signature par les partenaires sociaux, alors que le nombre d'accords traités en moins de 9 mois lors de la séance de novembre 2011 ne représentaient que 47% des accords examinés.

Par ailleurs au cours de l'année 2012, la part des accords signés moins de 6 mois avant leur passage en COMAREP a nettement augmenté, passant de 18% à 49% entre les commissions de février et de novembre 2012.

➤ 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.



Depuis 2010, on observe une réduction notable des délais de traitement des accords par la DSS, à compter de sa date de saisine. Cette amélioration se poursuit de manière soutenue depuis les dernières commissions. Ainsi à la dernière COMAREP de 2012, 60% des accords passés avaient été traités en moins de 3 mois, contre 28% lors de la COMAREP de juin 2011. Par ailleurs, on a constaté, en fin d'année 2012, une certaine stabilité de l'indicateur.

## **Annexe II : Etude sur la couverture des branches en sante**

La présente annexe vise à établir un bilan des couvertures santé mises en place par des conventions collectives au sein des régimes de branche. Cette étude a été réalisée par la Direction de la sécurité sociale. Elle vise à recenser l'existence, dans chacune des branches professionnelles, d'une garantie santé. L'étude porte sur les 145 plus grosses branches en termes d'effectifs (composées a minima de plus de 10 000 salariés).

Les données présentées prennent en compte les accords et avenants examinés en COMAREP jusqu'à la fin de l'année 2012. Elle constitue donc à cet effet un minorant, car en premier lieu des régimes de branche peuvent être en cours de négociation et ne seront soumis à extension qu'en 2013, et en second lieu cette étude ne porte que sur les accords de branche ; les accords de groupe et d'entreprise n'ont pas été traités notamment en raison d'une absence de visibilité en la matière.

### **1. Les caractéristiques des couvertures santé de branche**

#### *a. Champ de l'étude : 145 branches soit plus 10 millions de salariés*

Parmi ces 145 branches, seules **34 branches** ont défini un régime santé pour tout ou partie de leur salarié, soit 23% des branches du champ de l'étude. Ainsi l'étude montre que sur les 10 millions de salariés entrant dans son champ, **3 millions de salariés sont couverts par une complémentaire santé définie par un accord collectif de branche (soit 30% des salariés de l'étude)<sup>10</sup>**.

#### *b. A qui s'adressent les régimes santé de branche ? (Eléments statistiques 1)*

Parmi les 34 branches disposant d'un régime de frais de santé, on constate qu'une grande majorité (79%) d'entre elles couvre l'ensemble de la population sans distinction en fonction des catégories socio professionnelles.

En effet, seules deux branches ont mis en place une couverture santé pour une partie seulement de leurs salariés. Dans les deux cas, ces régimes sont servis uniquement aux non-cadres. Un facteur explicatif à la mise en place d'un régime exclusivement pour les non cadres pourrait être la plus faible représentativité des cadres (en moyenne les cadres dans ces régimes sont 23 % moins présents).

---

<sup>10</sup> Une récente étude menée par le CTIP, sur un champ plus large (255 CCN), estime que 3.5 millions de salariés sont couverts par un régime de branche. Cela représente plus de 60 CCN qui ont mis en place un régime de couverture complémentaire santé: l'étude présentée est donc relativement représentative.



L'ensemble des autres branches ont mis en place un régime frais de santé couvrant l'ensemble de la population, mais en effectuant des distinctions en fonction des CSP. Au total on dénombre donc 40 régimes frais de santé dans l'étude<sup>11</sup>.

Par ailleurs on constate une proportion plus élevée de petites entreprises au sein des branches ayant mis en place un régime frais de santé. En effet, 56% des entreprises des branches ayant mis en place un régime frais de santé sont des entreprises de moins de 50 salariés. A titre de comparaison, au sein des branches qui n'ont pas mis en place un régime frais de santé, la part des petites entreprises est de 41%. On peut donc en conclure que les branches les plus enclines à mettre en place des régimes frais de santé sont celles qui concentrent le plus grand nombre de petites entreprises.

### *c. Quel financement pour les régimes de branche ? (Eléments statistiques 2)*

Il faut tout d'abord souligner que parmi les 40 régimes ayant mis en place une couverture frais de santé, 33 régimes définissent un niveau de cotisation (soit 83% des accords étudiés).

Les cotisations sont définies de manière forfaitaire dans 52% des régimes étudiés ; 42% des régimes définissent une cotisation proportionnelle au revenu ; le reste des régimes définissant une cotisation mixte (c'est-à-dire ayant une part forfaitaire et une part proportionnelle).

La cotisation moyenne s'élève à environ 443 € par an, soit 37 € par mois<sup>12</sup>. Cependant les niveaux de cotisations peuvent atteindre jusqu'à 48 € par mois en cotisation forfaitaire et 73 € pour les cotisations proportionnelles<sup>13</sup> (cotisation maximale observée).

Concernant la participation employeur dans ces régimes, sur les 33 régimes ayant défini un niveau de cotisation, 2 régimes n'ont pas défini de participation employeur dans l'accord. Lorsque cette participation employeur est définie, elle est en moyenne de l'ordre de 54 %. On constate cependant que 81% des régimes impose une participation employeur supérieure à 50%, dont 28% imposent une cotisation supérieure à 60%.

Il faut noter par ailleurs deux accords particuliers, dont l'un impose un financement total de la cotisation santé à la charge de l'employeur et l'autre définit une participation minimale de l'employeur de seulement 13% sur la cotisation des cadres (contre 53% pour les non cadres).

### *d. Quelle différence de traitement entre les cadres et les non cadres ?*

On distingue dans l'étude 5 régimes effectuant une distinction en fonction des CSP de leurs salariés.

---

<sup>11</sup> On dénombre 34 branches, et 40 régimes du fait de l'éventuelle distinction au sein d'une même branche, d'un régime cadre et d'un régime non cadres.

<sup>12</sup> Part patronale + part salariale.

<sup>13</sup> Les deux régimes ayant mis en place une cotisation mixte applique des niveaux de cotisations moyens beaucoup plus élevés que pour dans le cadre de cotisation forfaitaire ou proportionnelle, respectivement 36 € et 64€.

En termes de niveau contributif, seule une branche ne pratique ni différenciation du niveau de cotisation, ni différenciation de la part employeur. Les trois autres régimes appliquent quant à eux des niveaux de cotisations plus élevés pour les non cadres que pour les cadres. Par ailleurs il faut souligner qu'un régime distingue également le niveau de participation de l'employeur dans le financement de la couverture entre les cadres et les non cadres (pour laquelle la participation employeur cadre est plus faible que celle des non cadres).

En termes de niveau de couverture, sur les actes étudiés, dans la quasi-totalité des régimes les couvertures sont équivalentes entre cadres et non cadres. On constate une exception, un accord pour lequel le remboursement des consultations de spécialistes est plus important pour les cadres, alors que pour cette branche la cotisation non cadres est plus élevée que pour les cadres.

## **2. L'appréciation des niveaux de couverture**

### ***a. Quel niveau de couverture mis en place ? (Eléments statistiques 3)***

Les niveaux de couvertures ont été comparés sur des postes de remboursement considérés comme importants tant du point de vue du montant restant à la charge des affiliés (déduction faite du montant remboursé par la sécurité sociale) que de la fréquence de recours à ces soins. Les postes de remboursement suivant ont été analysés : la consultation d'un médecin spécialiste en secteur 2, l'optique complexe, la prothèse dentaire, les prothèses auditives numériques et le supplément en chambre particulière.

- ***Comparaison avec les contrats modaux***

Les contrats mis en place par des conventions collectives ont été comparés aux contrats modaux de l'étude DREES<sup>14</sup>, lorsqu'ils définissent une couverture pour les risques définis supra.

Cette comparaison permet de souligner la qualité des couvertures santé de branche, même si cela reste à nuancer sur certains postes de remboursements. On constate ainsi que l'optique et la chambre particulière sont relativement bien prises en charge dans les régimes de branches, puisqu'une majorité des régimes sont de niveau haut de gamme d'après la classification DREES pour ces deux actes (56% pour l'optique et 76% des régimes pour la chambre particulière).

La prothèse dentaire et les consultations chez les spécialistes sont les postes les moins bien remboursés de cette étude, puisqu'une grande majorité des régimes propose une couverture plus faible que le niveau intermédiaire (53% des régimes pour la prothèse dentaire et 47% des régimes pour les consultations) : soit des régimes laissant un reste à charge a minima de

---

<sup>14</sup> Etudes et résultats n°663 – octobre 2008 – typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006.

l'ordre de 46% du tarif de référence pour la prothèse dentaire et de plus de 9 € par consultation chez un spécialiste<sup>15</sup>.

Les remboursements des prothèses auditives sont plus hétérogènes, si 39% des régimes sont des régimes de niveau 1 (remboursant moins de 43 €) il faut tout de même souligner que 26% des régimes sont des régimes haut de gamme, c'est-à-dire remboursant plus de 430 €.

#### ***b. Benchmarking des contrats (Eléments statistiques 4)***

Afin de pouvoir évaluer le niveau de couverture global des régimes santé de branche, il a été mis en place un outil de benchmarking de ces contrats, permettant de leur attribuer une note (par ordre descendant A, B, C et D). Deux types de notations ont été mises en place : la première avec une pondération neutre, la seconde pondérant la notation sur chaque acte en fonction de sa « gravité ». Les paramètres de pondérations sont présentés en annexe.

D'après ces principes de notation, les régimes de branches seraient en majorité noté C, soit une note intermédiaire dans la classification. Il faut toutefois souligner que cette notation est fortement sensible à la pondération définie. Le benchmarking peut être par ailleurs envisagé sous deux angles : soit sous l'angle de l'intérêt des assurés, ceux-ci s'orientant plus fortement vers des remboursements optique et des dépassements d'honoraire du fait de leur fréquence et des montants mis en jeu, soit sous l'angle de la gravité du risque. C'est cette dernière pondération qui a été ici préférée.

#### ***c. Les accords négociés présentent une forte hétérogénéité***

Les exigences en matière de définition d'un régime santé sont très variables d'une branche à une autre. Si certaines conventions collectives sont très complètes (définition des cotisations, des participations employeurs, des prestations notamment de manière précise et limpide), les conventions définies par certaines branches sont ainsi très minimalistes. A titre d'exemple :

- un certain nombre de conventions collectives ne définissent aucun niveau de prestation ou un nombre très restreint d'entre elles ;
- les niveaux de garanties peuvent parfois être très faibles ; par exemple, une convention collective étudiée rembourse en optique 5 fois le remboursement de la sécurité sociale pour les verres, soit 9,23 €. Ce niveau de remboursement laisse potentiellement un reste à charge très conséquent pour l'assuré (210 € de reste à charge pour un verre complexe). On peut dès lors s'interroger sur leur utilité, même si les niveaux de remboursement indiqués au niveau de la branche doivent être entendus comme des minima des prestations pour les entreprises appliquant la convention.

---

<sup>15</sup> Pour une consultation de référence estimée à 60 €.

## Eléments statistiques 1 - A qui s'adressent les régimes santé de branche ?

### *Cadre général de l'étude*

	En nombre	En %	% de cadre dans la branche (en moyenne)	% de non cadre dans la branche (en moyenne)
Branches sondées	145	100%	14%	86%
Branches ayant mis en place un régime <b>santé</b>	34	23%	16%	84%
- branche pour lesquels le régime couvre l'ensemble de la population <u>sans distinction</u>	27	79%	15%	85%
- branche pour lesquels le régime couvre l'ensemble de la population mais en <u>proposant une distinction par CSP</u>	5	15%	24%	76%
- branche pour lesquels le régime <b>ne</b> couvre <b>pas</b> l'ensemble de la population	2	6%	11%	89%
	Dont régime spécifiquement cadres	0	0%	
	Dont régime spécifiquement non cadres	2	100%	

***Lien entre mise en place d'un régime frais de santé et la taille des entreprises de la branche***

	% d'entreprises de moins de 50 salariés	% d'entreprises de 50 à 99 salariés	% d'entreprises de 100 à 249 salariés	% d'entreprises de 250 à 499 salariés	% d'entreprises de plus de 500		% d'entreprises de 1 à 9 salariés	% d'entreprises de 10 à 19 salariés	% d'entreprises de 20 à 49 salariés
Branche n'ayant pas mis en place de régime frais de santé	41%	8%	11%	8%	29%	Branche n'ayant pas mis en place de régime frais de santé	20%	9%	12%
Branche ayant mis en place de régime frais de santé	56%	8%	9%	7%	18%	Branche ayant mis en place de régime frais de santé	32%	11%	12%

**Eléments statistiques 2 - Quel financement pour les régimes de branche ?**

***Mode de cotisation***

	En nombre	En %
Nombre de régimes mettant en place un régime santé	40	100%
Nombre de régimes mettant en place un régime santé et définissant une cotisation	33	83%
Nombre de régimes définissant une cotisation santé Forfaitaire	17	52%
Nombre de régimes définissant une cotisation santé proportionnelle	14	42%
Nombre de régimes définissant une cotisation santé mixte (proportionnelle et forfaitaire)	2	6%

### *Montant de cotisation*

	Montant annuel moyen en €	Montant annuel minimal en €	Montant annuel maximal en €	Montant annuel median en €
Montant moyen de la cotisation forfaitaire	440,07	240,00	576,00	462,00
Montant moyen de la cotisation proportionnelle (sur la base d'un salaire moyen de la population)	424,84	63,90	870,00	379,99
Montant moyen de la cotisation mixte (sur la base d'un salaire moyen de la population)	599,93	429,78	770,07	599,93
Montant moyen de la cotisation tout mode de cotisation confondu	443,29	63,90	870,00	429,78

### *Cadre général concernant la définition de la participation employeur*

	En nombre	En %
Nombre de régimes mettant en place un régime santé	40	100%
Nombre de régimes mettant en place un régime santé et définissant une cotisation	33	83%
Nombre de régimes définissant une cotisation santé et une participation employeur	31	94%

***Niveau de participation employeur en fonction du mode de cotisation***

	Nombre de régime définissant une participation employeur	Taux de participation de l'employeur moyen (en %)	Taux de participation de l'employeur min (en %)	Taux de participation de l'employeur max (en %)	Taux de participation de l'employeur median (en %)
Dans le cadre d'une cotisation forfaitaire	17	50%	40%	60%	50%
Dans le cadre d'une cotisation proportionnelle	12	59%	13%	100%	60%
Dans le cadre d'une cotisation mixte	2	57%	53%	60%	57%
Tout mode de cotisation confondu	31	54%	13%	100%	50%

***Niveau de participation employeur en fonction du type de régime***

	Nombre de régimes non cadres concernés	Nombre de régimes cadres concernés	Nombre de régimes toute population confondue concernés	Nombre de régimes concernés	En % de régimes non cadres concernés	En % de régimes cadres concernés	En % de régimes toute population	En % de régimes
Participation employeur inférieure à 40 %	0	1	0	1	0%	20%	0%	3%
Participation employeur comprise entre 40 % et 50 %	0	0	2	2	0%	0%	11%	6%
Participation employeur comprise entre 50 % et 60 %	3	1	14	18	43%	20%	74%	58%
Participation employeur supérieure à 60 %	4	3	0	7	57%	60%	0%	23%
<i>Nombre de régime définissant une cotisation</i>	8	6	19	33				
<i>dont nombre de régime définissant une participation employeur</i>	7	5	19	31				

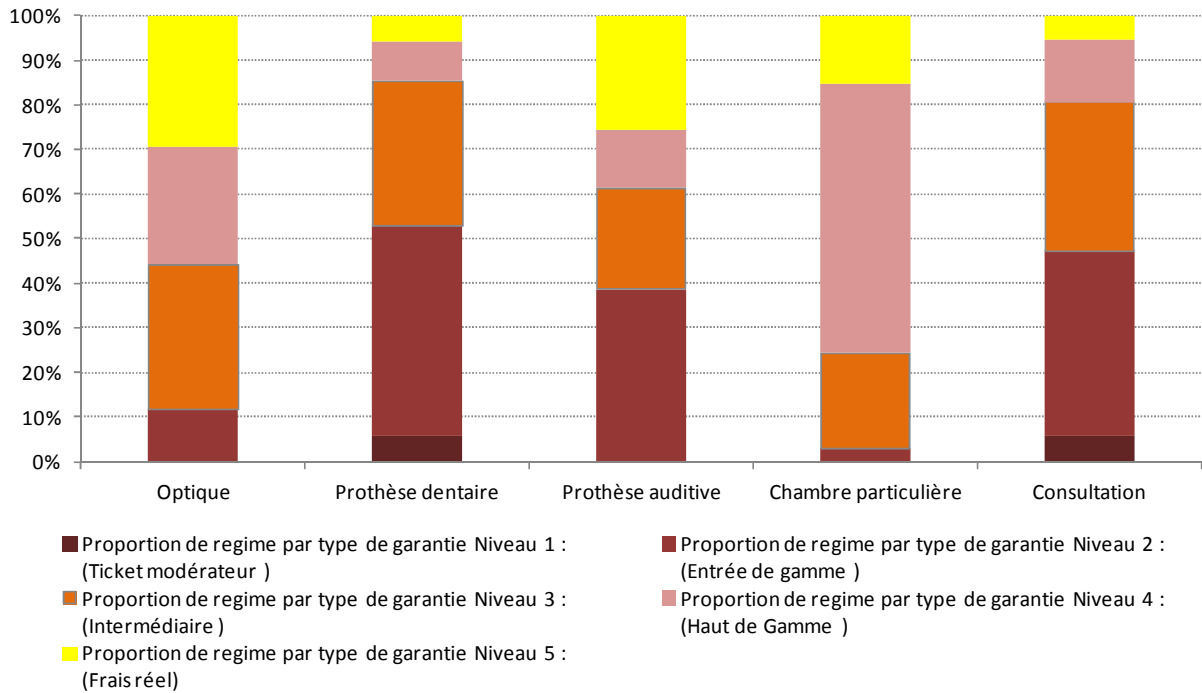
### Eléments statistiques 3 - Quel niveau de couverture mis en place ?

		Niveau 1 : (Ticket modérateur)	Niveau 2 : (Entrée de gamme)	Niveau 3 : (Intermédiaire)	Niveau 4 : (Haut de Gamme)	Niveau 5 : (Frais réel)
Optique	Montant remboursé par la sécurité sociale	20,43				
	Montant maximum remboursé par l'OA	71,00	200,00	311,00	485,00	plus de 485
	Reste à charge (sur la base d'un tarif de référence, en % de ce tarif)	82%	56%	34%	0%	0%
Prothèse dentaire	Montant remboursé par la sécurité sociale	75,25				
	Montant maximum remboursé par l'OA	43,00	193,50	322,50	430,00	plus de 430
	Reste à charge (sur la base d'un tarif de référence, en % de ce tarif)	84%	64%	47%	33%	moins de 0,33
Prothèse auditive	Montant remboursé par la sécurité sociale	129,81				
	Montant maximum remboursé par l'OA	69,90	269,61	469,32	768,88	plus de 768,88
	Reste à charge (sur la base d'un tarif de référence, en % de ce tarif)	87%	73%	60%	40%	moins de 0,4
Chambre particulière	Montant remboursé par la sécurité sociale	0,00				
	Montant maximum remboursé par l'OA	0,00	20,00	30,00	80,00	plus de 80
	Reste à charge (sur la base d'un tarif de référence, en % de ce tarif)	100%	75%	63%	0%	0%
Consultation	Montant remboursé par la sécurité sociale	16,10				
	Montant maximum remboursé par l'OA	6,90	13,80	34,50	plus de 34,5	
	Reste à charge (sur la base d'un tarif de référence, en % de ce tarif)	62%	50%	16%	moins de 0,16	

	Prix de référence estimé	Montant remboursé par la sécurité sociale	Reste à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité Sociale	Reste à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité Sociale (en % du prix de référence estimé)
<b>Consultation chez un médecin spéciale dans le parcours de soins</b>	60 €	15,10 €	44,90 €	75%
<b>Consultation chez un médecin spéciale hors duparcours de soins</b>	60 €	5,90 €	54,10 €	90%
<b>Optique complexe</b>	500 € (soit 100 € de monture et 200 € par verre)	15,33 €	484,67 €	97%
<b>Prothèse dentaire</b>	750 €	75,25 €	674,75 €	90%
<b>Traitement d'orthodontie (avant 16 ans)</b>	900 €	193,50 €	706,50 €	79%
<b>Prothèses auditives numériques</b>	3 000 €	259,62 €	2 740,38 €	91%
<b>Supplément chambre particulière</b>	60 €	Non remboursé	60 €	100%



***Proportion de régime par type de garantie et par risque***



***Proportion de régime par type de garantie***

	Niveau 1 : (Ticket modérateur )	Niveau 2 : (Entrée de gamme )	Niveau 3 : (Intermédiaire )	Niveau 4 : (Haut de Gamme )	Niveau 5 : (Frais réel)
Optique	0%	12%	32%	26%	29%
Prothèse dentaire	6%	47%	32%	9%	6%
Prothèse auditive	0%	39%	23%	13%	26%
Chambre particulière	0%	3%	21%	61%	15%
Consultation	6%	42%	33%	14%	6%

## Éléments statistiques 4 – Benchmarking des garanties ?

### *Cadre de la mise en place des notations*

	En nombre de régimes	En %
Nombre de régime définissant une couverture santé	40	100%
dont Nombre de régime définissant les 5 actes étudiés	30	75%

### Pondération de l'étude de benchmarking

Actes	Notation n°1 : Neutre	Notation n°2 : Pondération en fonction du risque
Prothèse dentaire	20%	27%
Optique	20%	23%
Consultation chez un spécialiste	20%	20%
Prothèse auditive	20%	17%
Chambre particulière	20%	13%

### **Proportion des régimes en fonction de la notation attribuée**

	Note E	Note D	Note C	Note B	Note A
Notation sans pondération	0%	7%	60%	30%	3%
Notation avec pondération par "gravité"	0%	13%	57%	27%	3%

