

**COMMISSION DES ACCORDS DE RETRAITE
ET DE PRÉVOYANCE**

**PRÉVUE PAR L'ARTICLE L. 911-3
DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
<i>Avant-propos</i>	4
<i>Introduction</i>	5
I. Présentation de la commission des accords de retraite et de prévoyance et des procédures d'extension et d'élargissement	6
<i>A. OBJET ET CONSEQUENCES DE L'EXTENSION ET DE L'ELARGISSEMENT</i>	6
<i>B. LE DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'EXTENSION</i>	7
<i>C. LE ROLE DE LA COMAREP DANS LA PROCEDURE D'EXTENSION</i>	8
<i>D. LA COMPOSITION DE LA COMAREP</i>	9
<i>E. LES DECISIONS PRISES PAR LE(S) MINISTRE(S) APRES AVIS DE LA COMAREP</i>	9
II. Faits marquants de l'année 2016	11
<i>A. L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE COLLECTIVE</i>	11
<i>B. L'INSTAURATION D'UN NOUVEAU DISPOSITIF ALTERNATIF A LA PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR AU FINANCEMENT D'UNE COUVERTURE COLLECTIVE OBLIGATOIRE : LE VERSEMENT SANTE</i>	11
<i>1 CHAMP D'APPLICATION DU VERSEMENT SANTE</i>	12
<i>1 MODALITES DE CALCUL DU VERSEMENT SANTE</i>	12
<i>C. ÉVOLUTIONS DES CAS DE DISPENSE D'AFFILIATION A LA COUVERTURE COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE</i>	13
<i>D. LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE DES SALARIES RELEVANT DES REGIMES LOCAUX D'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE DES DEPARTEMENTS DU HAUT-RHIN, DU BAS-RHIN ET DE LA MOSELLE</i>	14
III. L'activité de l'année 2016	15
<i>A. L'ACTIVITE DE LA COMMISSION EST RESTEE SOUTENUE</i>	15
<i>1. UN NOMBRE IMPORTANT D'ACCORDS EXAMINES</i>	15
<i>2. DELAIS DE TRAITEMENT</i>	15
<i>B. CARACTERISTIQUES DES ACCORDS EXAMINES</i>	16
<i>1. ACCORDS EN MATIERE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE</i>	16
<i>2. ACCORDS EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE</i>	17
<i>C. PRINCIPALES OBSERVATIONS FORMULEES PAR LA COMAREP, PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION DES ACCORDS</i>	18
<i>1. LA GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE</i>	19
<i>2. LES CLAUSES DE RECOMMANDATION</i>	19
<i>3. LES DISPENSES D'AFFILIATION D'ORDRE PUBLIC</i>	21
<i>4. LE MECANISME DE PORTABILITE DES DROITS</i>	22
<i>5. TAUX DE COTISATION</i>	23
<i>6. MAINTIEN DE SALAIRE</i>	23
<i>7. CONTRATS RESPONSABLES</i>	24
<i>8. LES MODALITES D'OCTROI DES GARANTIES</i>	25
<i>9. RESPECT DE LA HIERARCHIE DES NORMES</i>	25
<i>10. REVISION DES ACCORDS DE BRANCHE PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX</i>	26
IV. Les nouveaux régimes examinés par la COMAREP en 2016	26

<i>A. LES REGIMES DE FRAIS DE SANTE MIS EN PLACE EN 2016</i>	27
<i>B. LES REGIMES DE PREVOYANCE MIS EN PLACE EN 2016</i>	28
V. Contribution des organisations professionnelles	30
<i>LES ORGANISATIONS DE SALARIES</i>	30
<i>LES ORGANISATIONS PATRONALES</i>	36
Annexe 1 - Indicateurs mesurant l'activité de la COMAREP	37

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

L'année 2016 a été marquée, comme les trois années précédentes, par un contexte d'évolutions importantes dans le champ de la protection sociale complémentaire collective liées à l'entrée en vigueur de la généralisation de la couverture complémentaire santé collective des salariés. À ce titre, l'activité de la commission est restée soutenue même si le nombre d'accords examinés a quelque peu diminué par rapport à l'année 2015.

La procédure d'extension est précédée d'un examen de la légalité des accords, qui est effectué par la COMAREP lorsque les accords ont pour objet la détermination des garanties de prévoyance (article L. 911-3 du code de la sécurité sociale). Ainsi, conformément à son rôle, l'action de la COMAREP est centrée sur l'analyse des accords de branche ou interprofessionnels qui lui sont soumis pour identifier les clauses qui seraient contraires aux normes juridiques en vigueur. Elle est également susceptible, à cette occasion, d'attirer l'attention des branches professionnelles sur certains points de vigilance sans que cela ait d'impact sur l'extension de l'accord à proprement parler (par exemple, l'entrée en vigueur prévue d'une évolution de la réglementation nécessitant une mise à jour de l'accord collectif, certains points de l'accord qu'il conviendrait de préciser, *etc.*).

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

Le présent rapport de la COMAREP a pour objet de présenter l'action de la commission en 2016, de recenser et d'expliquer les principales observations formulées sur les accords pouvant conduire à des refus d'extension, des exclusions, des renvois à la négociation, des réserves d'interprétation ou de simples appels à l'attention.

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

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

Le présent rapport présente les missions et les travaux de la commission des accords de retraite et de prévoyance. 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 sixième rapport de la COMAREP couvre l'exercice 2016. Il est composé de quatre parties :

- la première 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 (CNNC) ;
- la deuxième présente les faits marquants de l'exercice écoulé relatifs à la négociation collective en matière de protection sociale complémentaire.
- la troisième est consacrée à l'activité de la COMAREP au cours de l'année 2016. Le rapport analyse ainsi l'activité des branches dans le domaine de la protection sociale complémentaire et met en évidence les grandes évolutions des régimes de protection sociale issues des accords. Il récapitule en outre les principales observations émises au cours de l'année par la commission ;
- enfin, la quatrième partie présente les régimes créés et étendus au cours de l'année 2016.

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 ou 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 (*cf.* partie A). En pratique, lorsqu'ils concernent les garanties collectives précitées, 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. Objet 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 du texte, ainsi qu'aux salariés de ces entreprises.

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

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

La procédure d'**élargissement**, définie à l'article L. 2261-17 du code du travail, va au-delà de l'extension. Elle peut être engagée, à la demande de l'une des organisations représentatives intéressées, ou à l'initiative du ministre chargé du travail, 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. Ainsi, 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 relever du 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 d'extension

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, mais 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 (DIRECCTE). 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 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 effectuée, 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).

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, le refus d'extension ou les réserves formulées par la (ou les) commission(s).

Si lors de l'examen par l'une ou l'autre de ces commissions, au moins deux organisations d'employeurs ou deux organisations de salariés membres de la commission 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, le ministre chargé 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). Il peut alors procéder à l'extension, sa décision devant alors être motivée.

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

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

La COMAREP est donc saisie de tout accord de branche dont l'objet exclusif est relatif à des garanties de retraite complémentaire et de protection sociale complémentaire. Elle constitue donc l'instance consultative compétente en ce cas.

La COMAREP procède également à l'examen des textes dont l'extension relève de la compétence du ministre chargé du travail, en amont de leur examen par la sous-commission extension de la commission nationale de la négociation collective. Elle procède de même à l'examen des textes relatifs à la protection sociale complémentaire lorsque les accords relèvent d'une compétence partagée entre le ministre chargé de la sécurité sociale et un autre ministre compétent pour un secteur professionnel particulier. Tel est le cas par exemple des textes relatifs à la protection sociale complémentaire des marins¹ ou des professions agricoles². Elle examine alors le texte en amont de la consultation de l'instance concernée (commission nationale de négociation collective maritime, sous-commission agricole de la commission nationale de la négociation collective).

La répartition des compétences d'extension 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. Ainsi :

- 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. À 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.

¹ Article L. 5543-1-1 du code des transports – compétence d'extension des accords partagée avec le ministre chargé des gens de mer.

² Article R. 2231-1 du code du travail – compétence partagée avec le ministre chargé de l'agriculture, en accord avec le ministre chargé du travail.

D. La composition de la COMAREP

Le décret du 15 juin 1959 fixant la composition de la commission prévue par l'ordonnance n° 59-238 du 4 février 1959 relative aux régimes complémentaires de retraite 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 CPME ;
 - 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, et son secrétariat est assuré par la Direction de la sécurité sociale.

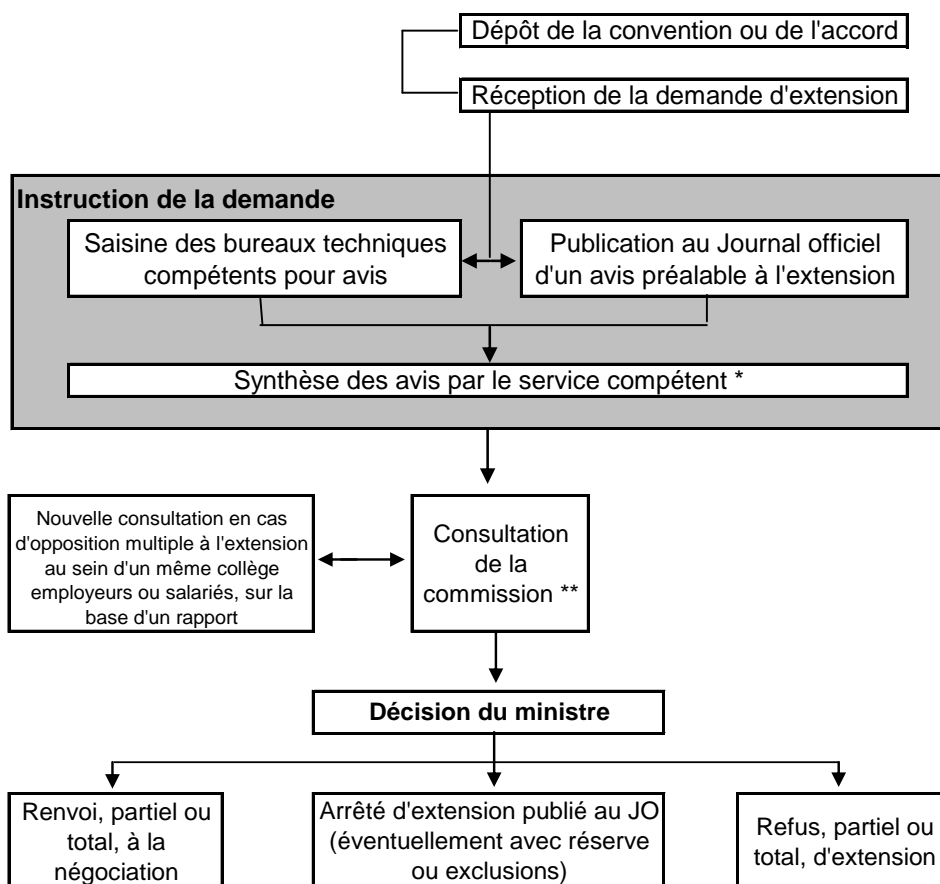
E. Les décisions prises par le(s) ministre(s) après avis de la COMAREP

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

- **d'étendre l'accord sans observation** ;
- 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 formulé dans le courrier adressé aux partenaires sociaux pour leur notifier la parution de l'arrêté au Journal officiel. Il vise à inciter les partenaires sociaux à revoir certaines clauses qui, sans être illégales, peuvent être source d'incertitude pour les acteurs et pourraient être améliorées par voie d'avenant ;
- d'émettre des **réserves** ou 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, si le ministre suit l'avis de la Comarep, 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**, notamment pour des raisons de légalité (texte instaurant un dispositif illégal). L'organisation qui a fait la demande d'extension en est informée, si le ministre suit l'avis de la Comarep, par courrier. Le Conseil d'État 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 ainsi aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après que la COMAREP a rendu son avis qui doit être motivé, d'apprécier les suites à y donner.

Figure n°1 – 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 COMAREP.

II. Faits marquants de l'année 2016

L'année 2016 a été particulièrement riche pour la protection sociale complémentaire, avec l'entrée en vigueur de dispositions structurantes pour les branches professionnelles.

A. L'entrée en vigueur de la généralisation de la complémentaire santé collective

Depuis le 1^{er} janvier 2016, est entrée en vigueur l'obligation, pour toutes les entreprises, de mettre en place une couverture de l'ensemble de leurs salariés en matière de remboursements complémentaires de frais de santé, conformément à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale créé par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui a fait suite à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.

En application de ces dispositions, les employeurs doivent proposer à leurs salariés, à compter du 1^{er} janvier 2016, une couverture leur garantissant un niveau minimal de prestations de remboursements de frais de soins de santé. L'employeur est tenu de prendre en charge au moins 50% du coût des garanties mises en place à titre obligatoire dans l'entreprise.

Ce droit concerne tous les salariés, quelle que soit leur ancienneté dans la branche ou l'entreprise.

B. L'instauration d'un nouveau dispositif alternatif à la participation de l'employeur au financement d'une couverture collective obligatoire : le versement santé

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a instauré dans son article 34 le « versement santé », dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire pour certaines catégories de salariés à contrat court ou à temps partiel, qui peut notamment être mis en œuvre à l'initiative des partenaires sociaux dans le cadre d'un accord collectif ou, dans certains cas, par décision unilatérale de l'employeur. Le versement santé peut également bénéficier, à leur initiative, à certains salariés en contrat court à qui n'est pas offert le bénéfice d'une couverture collective obligatoire d'au moins trois mois, lorsqu'ils font valoir leur droit de dispense de la couverture obligatoire d'entreprise à ce titre.

L'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 34 de la LFSS 2016, dispose que certains salariés peuvent bénéficier de la part de leur employeur d'un financement (dit « versement santé ») afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils auront souscrite à titre individuel. Pour bénéficier du versement, le salarié devra avoir souscrit un contrat respectant le cahier des charges des contrats « responsables³ » et ne pas déjà bénéficier pas d'un financement public à ce titre (CMU complémentaire ou aide à la couverture santé). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris si le salarié concerné en bénéficie en tant qu'ayant droit.

³ Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

1 Champ d'application du versement santé

Le versement santé peut intervenir dans trois cas de figure.

• A l'initiative des partenaires sociaux

Les partenaires sociaux peuvent prévoir que certains salariés ne relèvent pas du champ d'application du régime complémentaire santé collectif mis en place à titre obligatoire mais du « versement santé ».

Peuvent ainsi être concernés les salariés suivants, dans les conditions prévues par l'accord collectif :

- salariés en CDD ou contrat de mission, dans la limite d'une durée de contrat de 3 mois ;
- salariés à temps partiel, dans la limite d'une quotité travaillée de 15 heures par semaine.

Cette modalité de couverture doit être instaurée :

- par accord collectif de branche ;
- ou par accord d'entreprise si l'accord de branche le permet ou s'il n'existe pas d'accord de branche.

• Par décision unilatérale de l'employeur, dans certains cas

Les employeurs ont également la possibilité de mettre en place le versement santé par décision unilatérale en l'absence de couverture complémentaire santé obligatoire pour ces salariés. Les employeurs ne peuvent mettre en œuvre le versement santé par décision unilatérale lorsque les salariés ont déjà droit à une protection complémentaire collective et obligatoire.

Cette disposition, initialement prévue pour la seule année 2016, a été pérennisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

• À l'initiative du salarié

Comme évoqué plus haut, les salariés en CDD inférieur à 3 mois ou en contrat de mission inférieur à 3 mois peuvent, à leur initiative, demander à être dispensés de la couverture collective obligatoire proposée par leur employeur, s'ils ne bénéficient pas d'une couverture collective et obligatoire proposée par leur employeur pendant une durée d'au moins trois mois. Ils peuvent en ce cas bénéficier du versement santé s'ils en respectent les conditions.

Ces salariés ont donc la possibilité de souscrire à la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur ou de demander à en être dispensés au bénéfice du versement santé.

1 Modalités de calcul du versement santé

Le montant du versement santé est déterminé à partir d'un montant de référence calculé mensuellement. Il correspond, pour la période concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié concerné.

Lorsque le montant de la contribution de l'employeur ne peut être déterminé pour la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié⁴, le montant de référence est, pour l'année 2016⁵, fixé à 15 €, et à 5 € pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie (RLAM).

⁴ Par exemple, lorsqu'aucun autre salarié n'est couvert à titre collectif et obligatoire au sein d'une entreprise donnée.

⁵ L'article D. 911-8 du code de la sécurité prévoit que ces montants sont revalorisés chaque année, au 1^{er} janvier, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, suivant l'évolution de l'objectif national des dépenses

Lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire, le montant de référence est alors calculé de la façon suivante :

$$x = \frac{\text{montant de la contribution} \times (\text{nombre d'heures mensualisées} \leq 151,67)}{151,67}$$

En tout état de cause, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 € - ou 5 € pour les salariés relevant du RLAM -, ce montant étant proratisé dans les mêmes conditions que lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire.

Il est en outre appliqué à ce montant de référence un coefficient de majoration, représentatif de la portabilité prévue à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Ce coefficient est de :

- 105 % pour les salariés en CDI ;
- 125 % pour les salariés en CDD ou contrat de mission.

C. Évolutions des cas de dispense d'affiliation à la couverture collective et obligatoire

La LFSS pour 2016 (article 34) a également rendu d'ordre public certains cas de dispense d'affiliation, pour le seul cas des accords en matière de protection complémentaire santé. Cela signifie que ces cas de dispense peuvent être utilisés de plein droit par les salariés même s'ils ne sont pas expressément mentionnés dans l'acte juridique instaurant les garanties de protection sociale.

Ces dispenses d'ordre public doivent notamment permettre d'éviter les cas de couverture multiple pour certains salariés et de favoriser l'accès à certains dispositifs sociaux. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositions ont également été définies dans le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015. L'exercice de la dispense s'effectue à l'initiative du salarié.

C'est tout d'abord le cas, en application de l'article L. 911-7, des salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective obligatoire d'au moins trois mois (salariés pouvant choisir de bénéficier du versement santé, *cf. supra*).

C'est ensuite le cas, en application de l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale, des salariés suivants :

- salariés bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), pendant la période durant laquelle ils bénéficient de ces dispositifs. L'objet de cette dispense est de permettre aux personnes en situation précaire de pouvoir pleinement bénéficier de l'ACS ou de la CMU-c ;
- salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du régime dans l'entreprise ou de leur embauche si celle-ci est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Cela vise à éviter aux personnes concernées de devoir s'acquitter de la cotisation au régime collectif en plus de la cotisation à leur contrat individuel, jusqu'à ce qu'ils puissent résilier leur contrat individuel ;
- salariés qui bénéficient d'une couverture collective issue d'un des dispositifs suivants, y compris en tant qu'ayant-droit :
 - ✓ personne déjà couverte par une couverture collective et obligatoire ;

d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure, et arrondi à la deuxième décimale la plus proche.

- ✓ régime local d'Alsace-Moselle ;
- ✓ régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- ✓ mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des procédures spécifiques à la fonction publique de référencement ou de labellisation (décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011) ;
- ✓ contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » destinés aux travailleurs indépendants.

Les salariés qui font valoir un cas de dispense visé à l'article D. 911-2 ne sont pas éligibles au versement santé.

Les facultés de dispense d'ordre public ne remettent pas en cause le caractère collectif et obligatoire du régime mis en place par l'entreprise et permettent ainsi à l'employeur de conserver le bénéfice des exonérations d'assiette de cotisations sociales. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, y compris lorsque celle-ci prend la forme d'une déclaration sur l'honneur.

L'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale⁶ permet en outre de conserver le caractère collectif et obligatoire du régime dans d'autres cas de dispense que ceux mentionnés à l'article D. 911-2 : il s'agit des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission (avec ou sans obligation de justifier d'une couverture individuelle, selon que la durée du contrat est de moins de douze mois ou d'au moins douze mois) ainsi que des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. Pour ces salariés, la dispense continuera à devoir être prévue dans l'acte de mise en place du régime.

D. La couverture complémentaire santé des salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Le décret n° 2016-609 du 13 mai 2016 a prévu des dispositions spécifiques en matière de généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

Conformément aux termes de l'article D. 911-1-1 du code de la sécurité sociale (introduit par ce décret), la couverture complémentaire collective obligatoire en matière de frais de santé doit comprendre certaines adaptations :

- les prestations dont bénéficient les salariés concernés sont déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime local d'Alsace-Moselle ;
- les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié doivent être réduites dans une proportion représentative du différentiel de prestations (la part à la charge de l'employeur devant rester au moins égale à 5%).

⁶ Un toilettage de ces dispositions est prévu pour tenir compte de la mise en place des dispenses d'ordre public.

III. L'activité de l'année 2016

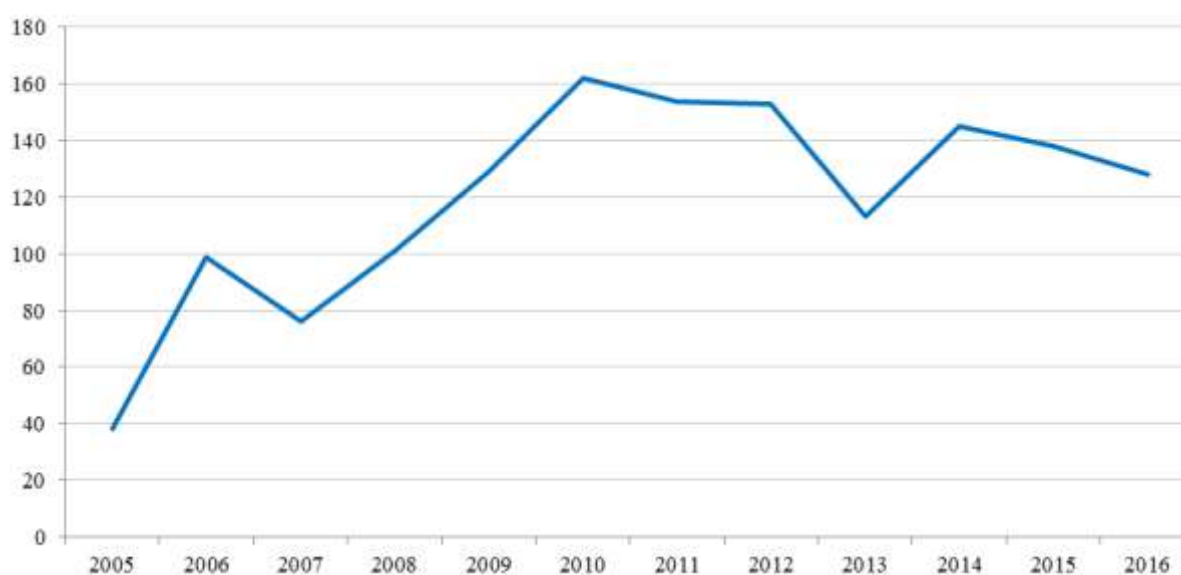
A. L'activité de la commission est restée soutenue

1. Un nombre important d'accords examinés

La COMAREP s'est réunie à 5 reprises dans le courant de l'année 2016. Elle a examiné **136 accords et avenants**, dont 8 avenants relatifs à la retraite complémentaire (accords AGIRC ARRCO, voir *infra*).

En matière de protection sociale complémentaire (PSC), l'activité conventionnelle a été particulièrement soutenue puisque **128 accords ont été soumis à la COMAREP (cf. figure n°2)**. Le volume d'accords instruits est en légère diminution par rapport à 2015 (année au cours de laquelle 149 accords avaient été examinés).

Figure n°2 – Nombre d'accords PSC examinés annuellement par la COMAREP



En 2016, la protection sociale complémentaire a été, comme en 2015, un sujet majeur de négociation collective. L'entrée en vigueur, au premier janvier 2016, de la généralisation de la couverture complémentaire santé collective pour les salariés a notamment conduit à la négociation de nombreux accords de branche qui ont conduit à une activité de la COMAREP toujours soutenue en 2016.

2. Délais de traitement

L'activité d'extension des accords relatifs à la protection sociale complémentaire font l'objet d'un suivi par le biais de deux types d'indicateurs :

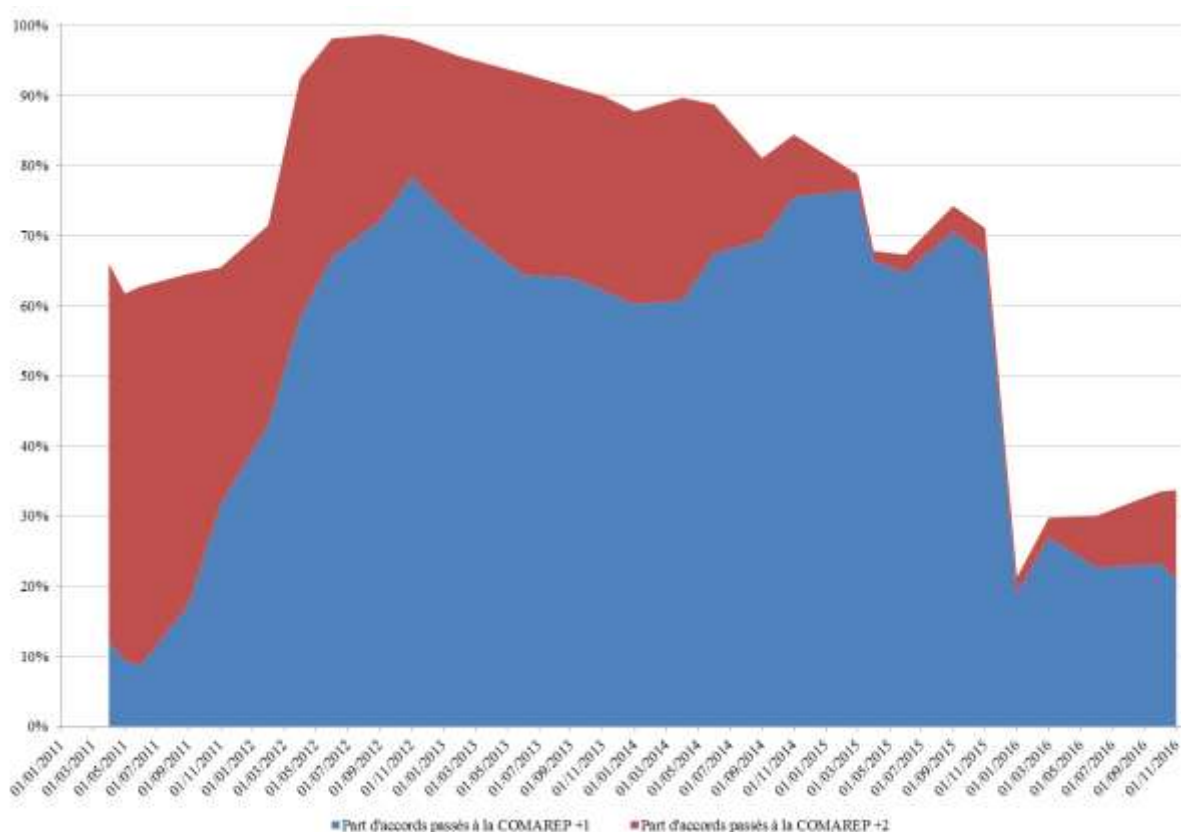
- des indicateurs de « court terme », présentés à chaque séance de la commission, qui visent notamment à établir un état des lieux des accords en stock à la date de la commission ou à présenter l'ancienneté des accords examinés ;
- un indicateur de « long terme » qui vise à mesurer l'activité annuelle de la COMAREP.

La méthode d'estimation des indicateurs de « court terme » est présentée en annexe, ainsi que leurs évolutions au cours de l'année 2016. Il en ressort que le stock d'accords à examiner a

augmenté au cours de l'année et atteint les niveaux connus en 2011 : cette hausse s'explique en partie par la généralisation de la complémentaire santé collective.

Concernant l'activité annuelle de la commission en 2016, l'indicateur de « long terme » mis en place mesure la part des accords qui passent à la première COMAREP suivant la saisine de la DSS par les services de la DGT, puis à la seconde COMAREP suivant leur dépôt à la DSS. Toutefois, dans la mesure où la DSS doit arrêter l'ordre du jour au moins un mois avant la COMAREP pour des raisons de fonctionnement, sont exclus de cette analyse les accords qui sont déposés à la DSS dans le mois qui précède la COMAREP.

Figure n°3 – Taux de traitement des accords – 1^{er} ou 2^{ème} COMAREP suivant la signature



Fin 2016, 21% des accords ont été examinés à la première COMAREP qui a suivi leur réception, contre 10% des accords au début de l'année 2011. Si les délais de traitement ont sensiblement été raccourcis sur 6 ans, ils se sont détériorés par rapport à l'année 2015 du fait de la hausse du stock évoqué *supra*.

B. Caractéristiques des accords examinés

1. Accords en matière de retraite complémentaire

En 2016, 8 avenants aux accords nationaux interprofessionnels ont été signés par les partenaires sociaux et examinés par la Comarep :

- quatre avenants à la convention collective nationale du 14 mars 1974 (AGIRC) : les avenants n°A-285, n°A-286 et n°A-287, signés le 8 décembre 2015 ainsi que l'avenant n°A-288, conclu le 15 mars 2016 ;
- quatre avenants à l'accord national interprofessionnel du 8 décembre 1961 (ARRCO) : l'avenant n°136, signé le 8 décembre 2015 et les avenants n°137, 138 et 139, conclus le 15 mars 2016.

Ces avenants interviennent dans les domaines suivants :

- introduction des dispositions paramétriques prévues par l'accord du 30 octobre 2015 concernant les modalités de fixation et de revalorisation de la valeur de service du point et du salaire de référence (la revalorisation du salaire de référence est déterminée au moment que la fixation de la valeur de service du point) ;
- fixation des montants de dotation de gestion et de dotations d'action sociale ;
- possibilité de mobiliser les réserves ARRCO au bénéfice de l'AGIRC dans la perspective de la mise en place du régime unifié ;
- définition des conditions de liquidation applicables aux droits constitués en tranche C avant et après le 1^{er} janvier 2016
- prise en compte des évolutions réglementaires issues du décret n° 2015-877 du 16 juillet 2015 relatif aux règles d'affiliation des personnes relevant de plusieurs régimes de sécurité sociale, qui supprime la dispense de versement de cotisation salariale vieillesse pour les assurés relevant au titre de leur activité principale d'un régime spécial et exerçant une activité accessoire relevant du régime général. En application de ce décret, les assurés relevant de régimes spéciaux et exerçant à titre accessoire une activité relevant du régime général cotisent, pour leurs rémunérations versées depuis le 19 juillet 2015, auprès de chacun de ces régimes pour l'ensemble des risques, y compris le risque vieillesse. En complément de la cotisation patronale, le versement de la cotisation salariale du régime général génère désormais des droits au profit de l'assuré pour le calcul de sa retraite au régime général, dans les conditions de droit commun ;
- introduction du principe selon lequel les services passés antérieurs à 1976 sont validés sur la base d'un forfait de 65 points ARRCO par année de services passés.
- Mesure de simplification pour la validation des périodes d'incapacité de travail (maintien de la validation des périodes d'incapacité de travail sur la base de la moyenne journalière des droits inscrits au compte au titre l'année précédant celle au cours de laquelle se situe l'interruption de travail.

2. Accords en matière de protection sociale complémentaire

128 accords collectifs de prévoyance ou frais de santé ont été examinés par la commission en 2016.

- *Accords en matière de prévoyance*

Au total, en 2016, 73⁷ accords ont porté sur la prévoyance :

- *4 accords ont mis en place un régime collectif de prévoyance (voir infra) ;*
- *69 accords ont eu pour objet la modification de régimes préexistants, dont notamment :*
 - 28 ont modifié les garanties mises en place ;
 - 24 ont modifié le niveau des cotisations ;
 - 16 ont concerné le dispositif de portabilité, notamment dans l'objectif d'une mise en conformité avec l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, entré en vigueur le 1^{er} juin 2015 pour la couverture complémentaire en matière de prévoyance ;
 - 4 ont concerné les modalités de mise en œuvre du degré élevé de solidarité (pour des régimes déjà mis en place dans le cadre d'accords antérieurs) ;

⁷ La somme des accords est supérieure au nombre total des accords examinés, certains accords portant sur plusieurs thèmes.

- 3 ont eu pour objet la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs ;
- 14 ont mis en œuvre une refonte globale du régime préexistant (dont 8 prévoient notamment la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs) ;
- enfin, un accord a porté sur la modification des dispositions relatives aux indemnités de départ à la retraite.

- *Accords en matière de frais de santé*

Au total, 73 accords en matière de remboursements complémentaires des frais de santé des salariés ont été examinés par la Comarep en 2016. Parmi ces accords :

- *27 ont instauré des garanties de frais de santé (voir infra) ;*
- *46 accords ont eu pour objet la modification de régimes préexistants, dont notamment :*
 - 22 accords ont modifié les garanties mises en place ;
 - 9 accords ont modifié le niveau des cotisations ;
 - 6 accords ont modifié les conditions d'affiliation du régime ;
 - 1 accord a porté sur la prise en compte du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle ;
 - 1 accord a concerné le dispositif de portabilité ;
 - 5 accords ont concerné les cas de dispenses d'affiliation au régime, avec notamment la mise en conformité avec l'instauration de dispenses d'ordre public, que les salariés peuvent faire jouer même s'ils ne sont pas expressément prévus dans l'acte juridique instituant les garanties ;
 - 1 accord a concerné le versement santé ;
 - 6 accords ont porté sur le degré élevé de solidarité ;
 - 3 accords ont procédé à la recommandation d'un ou de plusieurs organismes assureurs ;
 - 4 accords ont refondu le régime préexistant (dont un a eu pour objet la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs).

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

Les problématiques exposées ci-après concentrent les principales observations formulées par la commission, dont une grande partie avait déjà été formulée les années précédentes. La COMAREP a toutefois été amenée à formuler de nouvelles observations liées notamment au nouveau cadre juridique dans lequel les accords collectifs de protection sociale complémentaire doivent désormais s'inscrire. Elle a ainsi fait évoluer sa doctrine pour intégrer les conséquences de l'article 1^{er} de la loi sur la sécurisation de l'emploi qui a généralisé, à partir du 1^{er} janvier 2016, la couverture complémentaire santé obligatoire des salariés et amélioré le dispositif de portabilité des droits instauré par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008. Par ailleurs, de nombreuses observations ont été formulées s'agissant de la gestion mutualisée de la couverture prévoyance et santé, ainsi que sur les dispenses d'affiliation.

Il est à noter que sur les 128 accords examinés, 61 ont fait l'objet d'au moins une observation de la Comarep (soit 48%).

1. La généralisation de la complémentaire santé

Comme évoqué plus haut, l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016, prévoit que les entreprises sont tenues de faire bénéficier tous leurs salariés d'une couverture collective obligatoire en matière de remboursement de frais de santé, dont le contenu minimal est décrit à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale. Elles doivent par ailleurs assurer au minimum la moitié de la couverture mise en place à titre obligatoire.

S'agissant de la couverture minimale, les salariés doivent pouvoir bénéficier des garanties suivantes :

- la prise en charge de l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour tous les actes ou prestations remboursés par la sécurité sociale (cette prise en charge n'étant pas obligatoire pour les cures thermales, les médicaments à service médical faible dont le taux de remboursement est de 15% et l'homéopathie) ;
- la prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier ;
- la prise en charge à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale (soit l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire plus 25% de dépassement par rapport à ces tarifs) ;
- un forfait de prise en charge des dispositifs d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Le montant de ce forfait minimum est fonction du niveau de correction de l'assuré (100 €, 150 € ou 200 €). Il couvre les frais engagés pour un équipement (deux verres et une monture) par période de prise en charge de deux ans. Cette période est portée à un an pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue.

En 2016, seules **cinq observations** ont été formulées sur la généralisation de la couverture complémentaire santé, contre 32 observations en 2015, ce qui témoigne d'une réelle prise en compte par les partenaires sociaux du cadre juridique applicable. Parmi ces cinq observations :

- trois ont porté sur l'exclusion des **conditions d'ancienneté** pour bénéficier du régime collectif de frais de santé. L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que tous les salariés doivent être couverts, quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise ou dans la branche ;
- une observation a porté sur le **financement par l'employeur de la couverture** en matière de frais de santé, afin de rappeler l'obligation d'assurer au minimum la moitié du financement de la couverture mise en place à titre obligatoire dans l'entreprise ;
- enfin, une observation a porté sur le **panier de soins minimal** dont doivent bénéficier les salariés conformément à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

2. Les clauses de recommandation

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a modifié les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale en matière de recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs par les branches. La possibilité de recourir à la recommandation est soumise à deux conditions cumulatives :

- les branches doivent ainsi avoir mis en place un régime à « degré élevé de solidarité ». L'ensemble des entreprises de la branche doit pouvoir adhérer à ou aux organisme(s) recommandé(s), avec les mêmes garanties et à un tarif unique. Le régime doit comprendre des prestations à caractère non directement contributif (dispositifs collectifs ou individuels d'action sociale, prise en charge à titre gratuit de la cotisation de certains salariés ou anciens salariés, actions de prévention, conformément aux articles R. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale). L'accord collectif doit également prévoir d'affecter au moins 2% de la prime ou de la cotisation au financement des prestations de solidarité ;
- une mise en concurrence préalable des organismes assureurs dans des conditions d'impartialité, de transparence et d'égalité de traitement entre les candidats précisées par voie réglementaire.

Les entreprises appartenant à une branche ayant recommandé un ou plusieurs organismes assureurs restent libres de retenir l'organisme de leur choix. Lorsque la branche instaure un régime à degré élevé de solidarité, l'ensemble des entreprises de la branche doivent permettre à leurs salariés de bénéficier des prestations non directement contributives prévues par l'accord de branche, quel que soit l'organisme assureur auquel leur entreprise a choisi de recourir.

La Comarep a été amenée à formuler **douze observations** sur ce sujet, dont :

- sept ont porté sur la procédure **mise en œuvre pour la recommandation d'organismes assureurs** :
 - deux accords prévoyaient la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs sans pour autant avoir mis en place de procédure préalable de mise en concurrence et/ou sans définir d'actions présentant un degré élevé de solidarité. Dans ces cas, la recommandation a été exclue de l'extension ;
 - il en a été de même concernant deux accords qui visaient à proroger la recommandation préexistante d'organisme(s) assureur(s) sans appliquer les nouvelles conditions posées par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (dans les cas d'espèce, les accords n'instauraient pas de prestations présentant un degré élevé de solidarité) ;
 - par ailleurs, pour un accord, une observation a été formulée par la Comarep afin de rappeler que l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale impose un nouvel examen des modalités d'organisation de la recommandation au terme d'une période maximale de cinq ans. Les accords prévoyant la recommandation d'organismes assureurs doivent donc inclure une clause sur les modalités de réexamen de la recommandation ;
 - une observation a porté sur le fait qu'un accord de branche ne peut imposer que les entreprises n'adhérant pas à un organisme assureur recommandé mettent en place un régime comprenant des garanties égales et un taux de cotisation égal ou inférieur. Les membres de la Comarep ont considéré que ces stipulations contrevenaient à la liberté contractuelle ;
 - enfin, un accord prévoyait que les entreprises ayant adhéré auprès de l'organisme recommandé par la branche n'avaient pas la possibilité de résilier le contrat souscrit, sur le fondement de l'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale (applicable aux institutions de prévoyance) qui dispose que « *la faculté de dénonciation ou de résiliation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel* ».

Or, lorsqu'ils procèdent à la recommandation d'organismes assureurs au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les accords de branche n'instituent pas d'obligation d'adhésion, puisque les entreprises sont libres d'adhérer auprès de l'organisme assureur de leur choix. Dès lors, les entreprises d'une branche ont la possibilité de résilier leur contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme recommandé par la branche professionnelle.

- cinq observations ont porté sur la **mise en œuvre du degré élevé de solidarité** :
 - o une observation a concerné l'objet des actions présentant un degré élevé de solidarité, qui doivent être en lien avec celles définies au I de l'article L. 912-1 et à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale (dispositifs collectifs ou individuels d'action sociale, prise en charge à titre gratuit de la cotisation de certains salariés, actions de prévention) ;
 - o les membres de la Comarep ont par ailleurs formulé deux observations visant à rappeler qu'aux termes des dispositions de l'article L. 912-1, le bénéfice de prestations présentant un degré élevé de solidarité ne saurait dépendre de l'adhésion ou non de l'entreprise à (ou aux) organisme(s) recommandé(s) et doit être ouvert à l'ensemble des salariés de la branche – quel que soit le mode d'organisation retenu;
 - o par ailleurs, un accord fixait à « 2% hors taxes » la fraction de cotisation dédiée au degré élevé de solidarité. La Comarep a considéré que cette disposition était contraire à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale et a souhaité rappeler que les accords présentant un degré élevé de solidarité sont ceux pour lesquels une fraction minimale de 2% de la prime ou de la cotisation, donc taxes comprises, est dédié au financement de ces garanties ;
 - o enfin, une observation a porté sur l'accès des salariés de la branche aux actions présentant un degré élevé de solidarité financées par un fonds collectif, selon que les entreprises ont adhéré à l'organisme recommandé ou non. La Comarep a ainsi été amenée à rappeler que dans l'hypothèse de la constitution d'un fonds de solidarité financé par l'ensemble des entreprises de la branche, tous les salariés doivent alors pouvoir bénéficier des actions que le fonds met en œuvre.

En 2015, la Comarep avait formulé 7 observations relatives aux clauses de recommandation.

3. Les dispenses d'affiliation d'ordre public

Comme évoqué *supra*, l'article 34 de la LFSS pour 2016 a modifié l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et instauré un cas de dispense d'ordre public en matière de couverture des frais de santé (salariés ne bénéficiant pas d'une couverture collective obligatoire d'au moins trois mois, pouvant demander à bénéficier du versement santé). Le décret d'application pris sur ce même fondement a également prévu d'autres cas de dispense d'ordre public (article D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale). Les salariés concernés par ces cas de dispenses peuvent les utiliser de plein droit pour s'exonérer de l'obligation d'affiliation à la couverture santé de branche ou d'entreprise, même s'ils ne sont pas mentionnés dans l'acte juridique instaurant les garanties. Pour mémoire, ces dispenses d'ordre public ne concernent pas la prévoyance lourde.

Dès lors, que les accords reprennent ou non la liste des cas de dispense d'ordre public, les salariés pourront les utiliser de plein droit. En revanche, les accords ne peuvent restreindre l'application des articles L. 911-7 et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale. Les exonérations d'assiette de cotisations sociales résultant de l'article R. 242-1-6 ne sont en ce cas pas remises en cause

Aux dispenses d'ordre public peuvent s'ajouter, dans les accords, une ou plusieurs des autres possibilités de dispenses prévues par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale. Le maintien des exonérations d'assiette de cotisations sociales nécessite en ce cas, conformément aux dispositions du même article, que ces cas de dispense soient expressément mentionnés dans l'acte juridique instaurant les garanties.

La Comarep a formulé **30 observations** sur ce sujet en 2016. Dix-neuf accords, sans comporter de dispositions illégales, se limitaient à lister des cas de dispenses en faisant référence à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, sans mentionner les dispenses d'ordre public, ce qui pouvait donc être source de mauvaise interprétation pour les affiliés ou les employeurs. Pour ces accords, les membres de la Comarep ont souhaité appeler l'attention des partenaires sociaux sur l'entrée en vigueur des cas de dispenses d'ordre public, en indiquant que les salariés pouvaient faire jouer ces cas de dispenses, qui n'ont pas nécessairement à être reprises dans l'acte juridique instituant les garanties pour être applicables.

Onze accords ont fait l'objet d'une réserve, ces derniers prévoyant des dispositions conduisant à restreindre l'application des dispenses d'ordre public.

4. Le mécanisme de portabilité des droits

L'article 1^{er} de la loi de sécurisation de l'emploi a introduit l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Cet article généralise et améliore le dispositif de portabilité des droits instauré par l'ANI de 2008, qui permet aux anciens salariés privés d'emploi (non consécutivement à une faute lourde) de bénéficier du maintien des garanties postérieurement à leur départ de l'entreprise.

Il élargit tout d'abord le champ d'application à l'ensemble des entreprises et des salariés (l'ANI de 2008 ne couvrait en effet que les salariés des entreprises adhérentes à une des organisations patronales signataires ou appartenant à une branche au sein de laquelle le Medef, l'UPA ou la CGPME, signataires de l'ANI, étaient reconnues représentatives). Par ailleurs, il porte la durée maximale de la portabilité de 9 à 12 mois. Enfin, il rend obligatoire le financement mutualisé du mécanisme, ce qui signifie que les demandeurs d'emploi en bénéficieront à titre gratuit (le financement du dispositif étant alors assuré *de facto* par les salariés en activité et les employeurs).

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

En 2016, la Comarep a été amenée à formuler **17 observations** à ce sujet (contre 21 en 2015), portant plus particulièrement sur les points suivants :

- la résiliation par l'entreprise de l'adhésion à un organisme assureur est sans effet sur le droit des anciens salariés à bénéficier de telles garanties puisque l'employeur est alors tenu de souscrire un autre contrat d'assurance ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise : un accord ne peut donc prévoir qu'un ancien salarié bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail ;
- plusieurs accords prévoyaient la cessation de la portabilité lorsque le bénéficiaire reprend un emploi. Or, l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale précise que « *le maintien des garanties est applicable [...] pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage* », ce qui n'exclut pas le bénéfice de la portabilité en cas de reprise d'une activité si celle-ci n'emporte pas la fin de l'indemnisation chômage ;
- le salarié doit justifier de sa situation de bénéficiaire de l'indemnisation chômage auprès de l'assureur et non de l'employeur ;

- l'accord ne peut pas prévoir que le droit au maintien des garanties soit conditionné au fait que le salarié ait été déclaré par l'employeur auprès de l'organisme assureur.

5. Taux de cotisation

La Comarep a été amenée à formuler **cinq observations** relatives à la présentation des taux de cotisation.

En premier lieu, la Comarep a formulé une réserve relative au fait qu'un accord prévoyait des garanties en matière de prévoyance moins favorables, pour les cadres, à celles prévues par la convention collective nationale du 14 mars 1947, laquelle stipule dans son article 7 que « *les employeurs s'engagent à verser, pour tout bénéficiaire visé aux articles 4 et 4 bis de la convention ou à l'annexe IV à cette convention ; une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,50% de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de la sécurité sociale* ».

En second lieu, la Comarep a formulé quatre observations sur la nécessité de prévoir dans les accords relatifs aux frais de santé un taux de cotisation et des garanties spécifiques pour les salariés qui relèvent du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale.

6. Maintien de salaire

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 a modifié en son article 5 l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, dont les dispositions ont été reprises dans la loi de 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 doivent ainsi bénéficier, 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 du travail ou maladie professionnelle). Par ailleurs, les durées d'indemnisation augmentent de 10 jours par période entière de cinq ans d'ancienneté, en plus de la durée d'une année requise pour bénéficier du dispositif, sans que chacune d'elle puisse excéder 90 jours.

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

En outre, les clauses d'un accord de branche ou d'entreprise ne peuvent pas prévoir que la garantie incapacité temporaire de travail se substitue à l'obligation qui incombe à l'employeur de maintenir le salaire pendant la durée et pour le montant prévus par la loi. L'employeur peut certes décider de confier au régime de prévoyance le soin de prendre en charge l'indemnisation du maintien de salaire qui lui incombe, mais il devra alors financer en totalité la cotisation au titre de cette prestation. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une garantie de protection sociale complémentaire au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

En 2016, cinq observations ont porté sur la durée ou le montant de l'indemnisation financée par l'employeur au titre du maintien de salaire.

Par ailleurs, la Comarep a formulé à neuf reprises une observation lorsque les stipulations d'un accord collectif relatives au maintien de salaire ne comportaient pas de clauses spécifiques sur l'indemnisation des absences pour maladie ou accident des salariés qui relèvent du droit local d'Alsace-Moselle. En effet, l'article 616 du code civil local et l'article 63 du code de commerce local, devenus depuis la recodification du 1^{er} mai 2008 l'article L. 1226-23 et L. 1226-24 du code du travail, prévoient des dispositions particulières pour ces salariés, notamment l'absence de délai de carence. La Cour de cassation a, en outre, confirmé régulièrement, depuis un arrêt du 26 avril 1972, que ces dispositions prévalent sur les dispositions conventionnelles moins favorables.

Au total, en 2016, **14 observations** ont donc été formulées sur le maintien de salaire en cas de maladie ou accident des salariés (contre 36 en 2015).

7. Contrats responsables

Le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales a défini le nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Il est entré en vigueur le 1^{er} avril 2015.

Ce décret a modifié l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et précisé le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.

Ainsi, ces contrats doivent couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré (taux de remboursement de 15%), ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

Le décret a en outre fixé des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des dépassements d'honoraires. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO) est limitée à 125% du tarif de la sécurité sociale (100% de ce tarif à compter de 2017) et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif (la différence entre les deux taux de prise en charge devant être d'au moins 20 points).

Enfin, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction, auquel cas un équipement peut être remboursé tous les ans). Le montant maximum de remboursement des montures est par ailleurs fixé à 150 €.

En 2016, la Comarep a appelé à **onze reprises l'attention** des partenaires sociaux sur ce sujet (chiffre identique à l'année 2015). Ces observations étaient relatives à :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires (les garanties des accords ne respectant pas les niveaux de prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires liés à l'adhésion ou non, par les praticiens de santé, à l'OPTAM / OPTAM-CO) ;

- la prise en charge des dépenses d'optique (les accords ne prévoyaient pas la limitation de la prise en charge à un équipement tous les deux ans, sauf dérogations citées *supra* ou ne prévoyaient pas de plafond de remboursement pour les montures) ;
- l'absence de différenciation de prise en charge des dépassements d'honoraires entre les médecins ayant adhéré à l'OPTAM / OPTAM-CO et les médecins n'y ayant pas adhéré.

Il est par ailleurs à relever, compte tenu de la rédaction de certains accords, que l'évolution du besoin de correction, mentionnée à l'article 871-2 du code de la sécurité sociale, peut inclure d'autres situations qu'un changement de dioptrie.

8. Les modalités d'octroi des garanties

Lorsque le bénéficiaire 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 de la garantie (conjoint, partenaire de PACS, concubin, enfants).

La Comarep a formulé **trois observations** sur ce sujet en 2016 (contre 6 en 2015), concernant les modalités d'octroi de la garantie double-effet. Cette garantie prévoit que, lors du décès du salarié, son conjoint et ses enfants à charge perçoivent un capital décès et que si le deuxième parent décède concomitamment ou postérieurement au salarié, les enfants bénéficient alors 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, dit « garantie double effet ».

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 et/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 familiale, atteint un âge déterminé ou liquidé sa pension de retraite.

De ce fait, depuis 2012, la Comarep considère comme irrégulières de telles clauses, au motif qu'elles sont sans rapport direct 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 financièrement à ses besoins. Elle exclut donc les dispositions visant à conditionner le bénéfice de la garantie double effet aux critères évoqués plus haut.

9. Respect de la hiérarchie des normes

Lorsqu'un accord collectif de branche instaure une couverture complémentaire santé ou prévoyance pour les salariés de la branche, et conformément à l'article L. 2253-2 du code du travail, les entreprises qui avaient instauré un régime dans leur entreprise sont alors tenues de l'adapter afin que leurs salariés puissent bénéficier de prestations au moins aussi favorables que celles prévues par l'accord collectif de branche.

En application de l'article L. 2253-3 du code du travail, un accord d'entreprise ou d'établissement peut toutefois déroger à l'accord de branche, si ce dernier n'en dispose pas autrement et sauf dans certains domaines mentionnés au premier alinéa du même article (ces domaines ne concernent la protection sociale complémentaire que pour l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale).

La Comarep a formulé **trois observations** à ce sujet en 2016 (contre 2 en 2015).

Deux accords prévoyaient que leurs stipulations s'appliquaient aux seuls salariés et employeurs non déjà couverts par un régime mis en place par accord d'entreprise, décision unilatérale de l'employeur ou par ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur. Or la dérogation à un accord de branche ne peut résulter que d'un accord d'entreprise ou d'établissement, en application de l'article L. 2253-3 du code du travail. Cette faculté n'est en particulier pas offerte dans le cadre d'une décision unilatérale de l'employeur ou par ratification d'un projet d'accord à la majorité des intéressés.

Par ailleurs, un accord imposait le maintien obligatoire du niveau des garanties des couvertures mises en place antérieurement lorsqu'il était supérieur à celui de l'accord de branche. Or, les articles L. 2253-1 et suivants ne permettent pas aux partenaires sociaux d'imposer à une entreprise de maintenir un niveau de couverture qui serait supérieur à celui mis en place par l'accord de branche. L'employeur est libre de choisir le niveau de garanties qu'il entend mettre en place dans son entreprise dès lors qu'il respecte celui de l'accord de branche, sous réserve des dispositions de l'article L. 2253-3 du code du travail.

10. Révision des accords de branche par les partenaires sociaux

La composition d'une commission de suivi peut être réservée aux seuls signataires du texte si les compétences de la commission sont limitées au seul suivi de l'accord. En revanche, dans l'hypothèse où la commission aurait pour compétence la modification des dispositions du texte d'origine, sa composition doit être élargie à l'ensemble des organisations représentatives de salariés et d'employeurs dans la branche professionnelle concernée, conformément aux articles L. 2261-7 et L. 2232-16 du code du travail. En effet, ces dispositions, telles qu'interprétées par la jurisprudence de la Cour de cassation (Cass. Soc. 26/03/2002) prévoient que tous les syndicats représentatifs doivent être appelés à la négociation des conventions et accords collectifs, y compris lorsque la négociation porte sur des accords de révision.

En 2016, la Comarep a formulé **quatre observations** sur ce point.

La COMAREP a examiné 31 nouveaux régimes au cours de l'année 2016 :

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

A. Les régimes de frais de santé mis en place en 2016

La COMAREP a examiné 28 accords instaurant un régime frais de santé dans les branches suivantes :

- fabrication de l'ameublement ;
- coopératives de consommateurs ;
- acteurs du lien social et familial ;
- exploitation cinématographique ;
- journalistes professionnels rémunérés à la pige ;
- vins de Champagne ;
- ouvriers, Etam et cadres du bâtiment et des travaux publics de La Réunion ;
- commissaires-priseurs judiciaires et opérateurs de ventes volontaires ;
- pompes funèbres ;
- assainissement et maintenance industrielle ;
- transport sanitaire ;
- conchylicole ;
- commerce de détail de l'habillement et des articles textiles ;
- Industries du bois et importation des bois ;
- Coopération maritime ;
- Cabinets et entreprises d'expertises en automobile ;
- Sport ;
- Industries du bois de pin maritime en forêt de Gascogne ;
- Négoce en matériaux de construction ;
- Organismes de formation ;
- Thermalisme ;
- Négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques ;
- Salariés intérimaires ;
- Commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie ;
- Radiodiffusion ;
- Répartition pharmaceutique ;
- Navigation fluviale.

✓ Caractéristiques de la couverture mise en place

Par rapport au panier de soins dont bénéficient les salariés, 74% des accords (soit 20) ont prévu une couverture supérieure au panier de soins minimum prévu à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale (sur l'ensemble des garanties ou sur une partie seulement). Seuls 11% des accords (soit 3) mettent en place une couverture strictement égale au panier de soins minimum. Enfin, 15% des accords (soit 4) ne mentionnent pas expressément de panier de soins (le niveau des garanties mises en place dans les entreprises ne pouvant en tout état de cause être inférieur au panier minimum, conformément au droit en vigueur).

Options facultatives : 44% des accords (soit 12) prévoient une ou plusieurs garanties supérieures optionnelles pour les salariés. Ces couvertures optionnelles peuvent être mises en place à titre obligatoire par l'entreprise, ou choisies de manière facultative par les salariés.

Couverture des ayants droit : 15% des accords (soit 4) prévoient une couverture obligatoire des ayants droit, 66,5% des accords (soit 18) prévoient leur prise en charge à titre facultatif et 18,5% (soit 5) ne prévoient pas de dispositions relatives à la couverture des ayants droit.

✓ Cotisations

Niveau de la participation financière de l'employeur : 85% des accords (soit 23) prévoient une participation financière de l'employeur à hauteur de 50% de la cotisation globale au titre du régime de frais de santé et 7,5% (soit 2 accords) instaurent une participation supérieure à 50% (60% dans les deux cas). Enfin, 7,5% n'indiquent pas expressément le niveau de la participation de l'employeur (celle-ci ne pouvant en tout état de cause être inférieure à 50% du coût des garanties mises en place à titre obligatoire, conformément au droit en vigueur).

Caractéristiques de la cotisation : dans 63% des cas (soit pour 17 accords), le montant de la cotisation est exprimé de manière forfaitaire (par la définition d'un montant fixe de cotisation, d'un pourcentage du plafond annuel ou mensuel de la sécurité sociale, ou par référence au nombre d'heures travaillées ou aux tâches effectuées). Dans ce cas, le montant de la cotisation, qui se situe entre 25,60 € et 48 €, est en moyenne de 34 € pour la couverture d'un salarié seul. Dans les trois cas où la couverture des ayants droit est obligatoire et le montant de la cotisation fixé de manière forfaitaire, ce dernier se situe entre 57 € et 185 € et est en moyenne de 116 €. Pour un accord (soit 4%), la cotisation est proportionnelle à la rémunération des salariés (il s'agit d'un accord pour lequel la couverture des ayants droit est obligatoire). Enfin, pour 35% des accords (soit 9), le montant de la cotisation n'est pas défini dans l'accord de branche.

✓ *Clauses de recommandation*

Sur les 27 accords, 12 (soit 44%) comportent une clause de recommandation. Parmi ceux-ci, 10 accords (83%) recommandent plusieurs organismes assureurs et deux (soit 7%) recommandent un seul organisme assureur.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, date à laquelle les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale issues de la LFSS pour 2014 sont entrées en vigueur, 49 clauses de recommandation ont été examinées par la Comarep dans le cadre de la création de nouveaux régimes. S'y ajoutent la mise en place, pour 4 régimes préexistants, d'une clause de recommandation.

✓ *Degré élevé de solidarité*

Dans la quasi-totalité des cas, les prestations présentant un degré élevé de solidarité, associées à la recommandation et prévues aux articles R. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, sont financées par un prélèvement égal à 2% de la prime ou de la cotisation. Un accord prévoit un financement supérieur (financement à hauteur de 4% de la prime ou de la cotisation).

B. Les régimes de prévoyance mis en place en 2016

- Banques populaires ;
- Ingénieurs et cadres du bâtiment, des travaux publics et des industries et activités connexes de la Guyane ;
- Radiodiffusion ;
- Négoce des matériaux de construction.

Parmi ces 4 accords, un régime prévoyance a été créé au bénéfice des seuls cadres (convention collective des ingénieurs et cadres du bâtiment, des travaux publics et des industries et activités connexes de la Guyane). Les trois autres accords ont été instaurés au bénéfice de l'ensemble des salariés.

S'agissant des cotisations :

- deux accords ne précisent pas expressément le niveau des cotisations ;

- deux accords ont prévu une prise en charge de l'employeur à hauteur de 50% de la cotisation globale ;
- pour les salariés cadres, une branche a prévu une prise en charge des cotisations par l'employeur à hauteur de 100%.

Enfin, un accord a instauré une mutualisation du régime mis en place par le biais de la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

V. 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 2016. Les contributions des organisations sont reproduites ci-dessous

Les organisations de salariés



L'année 2016 a vu une décélération des accords étudiés par la COMAREP, conséquence de la fin du cycle correspondant à la généralisation des accords collectifs de frais de santé au 1^{er} janvier 2016. Dans ce cadre, nous devons rester attentifs aux accords négociés ou à ceux qui ont été mis à jour parce qu'ils existaient. En effet, se pose toujours la question de l'application dans les entreprises des dispositions prises par les partenaires sociaux de branches.

Par ailleurs, nous avons observé, dès 2015, la mise en place, par certaines branches, soucieuses du principe de solidarité, d'un degré élevé de solidarité (DES) mutualisé, sans attendre la publication du décret sur les modalités de mise en œuvre et de gestion du DES. C'est dans ce cadre que certains de ces accords ont fait l'objet de recours juridiques par des assureurs issus de la FFSA, en considérant qu'ils étaient « illégaux » et avec pour conséquence la mise à mal de la solidarité ainsi créée. Si, tout à fait justement, la doctrine de la COMAREP est d'assurer les mêmes droits aux salariés d'une même branche, et ce quel que soit l'assureur en charge de la couverture (recommandé ou pas), se pose effectivement la question de la mise en place du DES. Plusieurs cas de figure peuvent légitimement être questionnés quant à l'application des dispositifs de solidarité :

- les salariés dont les entreprises ont un régime de complémentaire santé antérieur à celui de la branche chez l'assureur recommandé vont-ils bénéficier de cette solidarité?
- les entreprises ayant choisi un assureur non recommandé vont-elles respecter et faire respecter par leur assureur les dispositions de l'accord de branche et les dispositifs de solidarité permettant la mutualisation chez un assureur unique quand cela est prévu au niveau national et/ou mettre en place les actions de solidarité définies par la branche ?

Il est évident, pour la CFDT, que la mise en œuvre, dans les entreprises, des accords de protection sociale est un enjeu très important. Ce sujet doit être pris en charge par les équipes syndicales qui doivent faire une information et de la pédagogie auprès du plus grand nombre de salariés. C'est pour cela que le socle commun de garanties négocié par les partenaires sociaux et prévu par l'accord de branche doit être clair, précis pour être compris par les salariés. C'est d'ailleurs pour cette raison que des tableaux de garanties prévus dans certains accords de branche ont fait l'objet de débat au sein de la COMAREP tellement leur base de calcul était complexe. Si nous voulons une effectivité des droits, il faut qu'ils soient intelligibles. C'est un critère indispensable afin que les éléments concrets de solidarité que sont l'action sociale, la prévention, les droits non contributifs soient renforcés. C'est le défi qui nous attend pour les prochaines années.



Si en 2016, les entreprises ont l'obligation de proposer une couverture santé à leurs salariés avec une prise en charge de 50 % des dépenses, les négociations de branche en complémentaire santé ont connu un ralentissement. Sur 208 branches qui disposent d'un accord de prévoyance, 135 branches ont conclu un accord de complémentaire santé jusqu'en 2016. Depuis, 73 d'entre elles n'ont pas négocié de complémentaire santé au sein de la branche.

Il est vrai que la généralisation du dispositif s'est accompagnée de multiples dispositions réglementaires complexes :

- en 2014, la part patronale des cotisations à une complémentaire santé d'entreprise est fiscalisée. Les déductions sur les cotisations à un régime de prévoyance sont quant à elle été réduites ;
- en 2015, la réforme du contrat responsable vient fortement encadrer des garanties par les complémentaires santé avec la réforme du contrat responsable. Les cas de dispense à un contrat collectif obligatoire sont également renforcés.

Les accords de branche signés en 2016 sont marqués par le fait que les cotisations obligatoires qui couvrent la famille ont diminué et sont remplacées par une cotisation qui couvre seulement le salarié, et en conformité avec les obligations minimales de la loi de généralisation. C'est une réalité qui aura des effets sur la couverture, la prise en compte des ayants-droit, la capacité des entreprises à s'assurer ainsi que le reste à charge des ménages.

Enfin, si le champ de l'activité de santé/prévoyance s'est fortement étoffé en matière de réglementation en venant encadrer des contrats santé, elle demeure muette quant aux moyens dont peuvent disposer les négociateurs d'une branche. Or, pour la CFE-CGC, construire, mettre en œuvre et piloter un régime de prévoyance/complémentaire santé pour en assurer la pérennité nécessite que certains outils puissent être inscrits dans la réglementation. Ces moyens permettraient aux branches d'asseoir la vitalité et la solidité des régimes de prévoyance et complémentaire santé de la branche.



La négociation collective a été très active sur l'année 2016, tout particulièrement sur la mise en place de la complémentaire santé. La CGT s'interroge sur la pérennité des accords de prévoyance et santé.

Mutualisation de la gestion des garanties et modalités d'adhésion de l'entreprise au régime professionnel

La suppression de la possibilité de désigner un gestionnaire des régimes de protection sociale complémentaire pose de plus en plus des interrogations sur leur avenir par de réelles difficultés de mutualisation de garanties couvertes, ce qui remet en cause une réelle solidarité entre les salariés et les entreprises d'une même profession.

Cette mutualisation est plus mise à mal par le deuxième alinéa du II de l'article L. 912-1, qui dispose que *« le ou les organismes ou institutions ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés. »*

Ce qui implique l'impossibilité de prévoir le versement d'une cotisation supplémentaire pour les entreprises qui rejoignent les organismes recommandés, selon qu'ils bénéficiaient antérieurement d'un régime de prévoyance ou pas et selon que l'entreprise adhère aux organismes recommandés dans les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'accord. Alors que durant cette période antérieure, ces entreprises n'ont pas contribué à la solidarité des régimes de prévoyance et surement bénéficié de coûts bien inférieurs du fait de la démographie et sinistralité de ces entreprises. D'ailleurs très souvent, le retour dans le giron de l'assureur recommandé est dû à une résiliation de l'assureur pour sinistralité trop importante.

Les enjeux du degré élevé de solidarité

Cette solidarité s'organise autour de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que les accords collectifs peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs pour la couverture des salariés en matière de remboursements de frais de soins de santé et de prévoyance, s'ils prévoient *« l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et [comprennent] à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale »*.

Son financement s'établit aux termes de l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale, qui dispose que pour présenter un degré élevé de solidarité, les accords doivent prévoir la part de la prime ou de la cotisation qui sera affectée au financement de ces garanties, laquelle est au moins égale à 2% de cette dernière, sans que cette obligation ne se limite aux entreprises ayant adhéré aux organismes assureurs recommandés. Les actions présentant un degré élevé de solidarité doivent bénéficier à l'ensemble des salariés de la branche.

Au vu de ces dispositions, la CGT a fait le constat de difficulté de s'assurer du financement de cette solidarité par toutes les entreprises d'une profession. Elle se doit d'être organisée au sein de chaque branche professionnelle. Elle est entièrement à construire.

La CGT s'interroge fortement sur les formes choisies par un certain nombre de partenaires sociaux signataires des accords Santé.

Maintien de salaire des salariés d'Alsace-Moselle.

Trop souvent, l'attention des partenaires doit être régulièrement appelée sur le fait que les salariés d'Alsace Moselle doivent bénéficier des dispositions des articles L. 1226-23 et L. 1226-24 du code du travail, pour la mise en place de dispositions spécifiques aux salariés qui relèvent du droit local d'Alsace-Moselle pour couvrir l'indemnisation des absences pour maladie ou accident non professionnel.

L'article 616 du code civil local et l'article 63 du code de commerce local, devenus depuis la recodification du 1^{er} mai 2008 respectivement l'article L. 1226-23 et L. 1226-24 du code du travail, prévoient pour les salariés d'Alsace-Moselle le maintien du salaire à compter du premier jour d'arrêt.

La Cour de Cassation confirme régulièrement, depuis un arrêt du 26 avril 1972, que ces dispositions prévalent sur les dispositions conventionnelles moins favorables.

Normalisation des tableaux de garanties frais de santé

Les tableaux et détail des garanties se doivent d'être compréhensibles et incontestable. Il y a vraiment un important besoin de mettre en place une normalisation dans la forme de présentation de ces accords santé.

Régime de prévoyance dit « 1,50% cadre »

Ce dispositif est clairement prévu par l'article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947. Il stipule dans son paragraphe premier que « *les employeurs s'engagent à verser, pour tout bénéficiaire visé aux articles 4 et 4 bis de la convention ou à l'annexe IV de cette convention, une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,5% de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de la sécurité sociale* ».

Pourtant, nous trouvons des dispositifs soumis en délibération qui ne respectent pas les modalités relatives aux taux de cotisations prévues par les dispositions de la convention collective de 1947, notamment pour les salariés cadres dont le salaire brut n'atteindrait pas la tranche A.

La portabilité

Ce dispositif n'est toujours pas totalement intégré dans les textes présentés. L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dispose que « *le maintien des garanties est applicable [...] pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage* », sans interdire la possibilité d'exercer une activité, si celle-ci n'emporte pas la fin de l'indemnisation chômage.

Protection universelle maladie « PUMA »

L'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a instauré la protection universelle maladie, qui fait disparaître la notion d'ayant droit majeur au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie. À titre transitoire, les personnes

majeures ayants droit d'un assuré peuvent continuer à bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants-droit jusqu'au 31 décembre 2019.

Cette disposition modifie la notion même de bénéficiaire des garanties santé, mais aussi décès. Les organismes assureurs n'ont pas encore intégré cette nouvelle définition.

Dispenses d'affiliation

Ces dispositions sont prévues par l'article L. 911-7 et les articles D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale, instaurés par l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et son décret d'application du 30 décembre 2015.

Ces dispenses sont d'ordre public, qui n'ont pas nécessairement à être reprises dans l'acte juridique pour que le salarié puisse s'en prévaloir.

L'ensemble de ces problématiques se doivent d'être prises en compte par tous les négociateurs d'accords de branche comportant des garanties prévoyance et santé.

Il va bien falloir répondre et faire évoluer ces problématiques et dispositifs prévus par la loi afin de garantir la mutualisation de la gestion des régimes de prévoyance et santé, seule garante de stabilité et de maîtrise des coûts de la protection sociale complémentaire .

La CGT veut aller vers une nouvelle mise en sécurité sociale permettant la couverture de l'intégralité des frais de santé.



Notre contribution 2015 finissait ainsi « FO tient à remercier celles et ceux qui ont en charge le fonctionnement de cette commission, qui rappelons-le ne peut statuer qu'en légalité, ce qui n'est pas toujours aisé lorsque l'ensemble des décrets d'application n'ont pas été publiés ».

Si FO confirme la qualité du travail effectué, il a fallu attendre les premiers jours de l'année 2017 pour avoir, enfin, le décret du « IV du L. 912-1 ». Attendu depuis tellement longtemps qu'il en était devenu familier au point d'être appelé par son numéro !

Nous regrettons bien sûr le temps écoulé pour publier ce décret, temps dû pour partie aux différentes interventions, dont celles des organisations syndicales, les cinq représentatives, pour obtenir une rédaction plus proche de la première version qui n'avait pas l'heur de plaire à une partie du patronat.

Pour autant, cet événement ne fera pas l'objet de développement sur cette contribution 2016.

Dans son attente donc, différentes initiatives ont été prises par les interlocuteurs sociaux pour commencer à construire une doctrine sur le degré élevé de solidarité.

FO à ce sujet salue la prise de position claire de l'administration sur le fait que ce 2% est dû par tous les employeurs, et non, comme continuent de le dire certains cabinets de conseil, uniquement par les entreprises qui choisiraient un assureur recommandé.

FO suggère à la COMAREP d'établir un bilan sur ce thème pour l'année 2017.

Exit les désignations, mais pas forcément les copier-coller : quelques accords sont toujours rédigés avec l'ancienne formule, particulièrement sur le DES ou des rentes ciblées.

Nous tenons à souligner la démarche intelligente des services qui retirent les paragraphes en question et offrent ainsi la possibilité de donner un avis favorable à l'extension du reste de l'accord.

Pour notre organisation, le fonctionnement de la COMAREP est satisfaisant avec peut être un axe d'amélioration dans le calendrier d'envoi des dossiers qui permettrait une implication plus grande des négociateurs que nous aurions la possibilité de ne plus solliciter dans l'urgence.



Cette année encore l'activité de la COMAREP a été soutenue, cela traduit la forte implication des partenaires sociaux et des entreprises dans le développement de la protection sociale complémentaire des salariés.

Plusieurs avenants en matière de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO-AGFF ont été signés au niveau interprofessionnel. Ces décisions sont le fruit des travaux techniques réalisés pendant un an et demi par le groupe de travail paritaire dédié à la préparation de la mise en place du régime unifié de retraite complémentaire d'ici 2019, tel que prévu par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 30 octobre 2015.

Par ailleurs, de nombreux accords et avenants ont été signés dans le champ de la prévoyance et en particulier de la santé au niveau des branches professionnelles. Certains de ces accords correspondaient à la fin de montée en charge du chantier de la généralisation de la couverture complémentaire santé. Même s'il est encore un peu tôt pour dresser un bilan de la réforme, des tendances mitigées se dégagent avec des résultats très en deçà des attentes des entreprises et des salariés.

Le constat est sans appel, l'excès de réglementation notamment sur les contrats responsables a participé à une uniformisation des couvertures santé, ce qui ne permet pas de répondre aux besoins divers des salariés en termes de type et de niveau de garanties et freine les entreprises souhaitant faire de leur couverture santé un élément de différenciation dans le cadre d'une politique RH. À l'avenir, il importe de redonner aux partenaires sociaux la liberté de définir les garanties les plus adaptées aux entreprises et aux salariés.

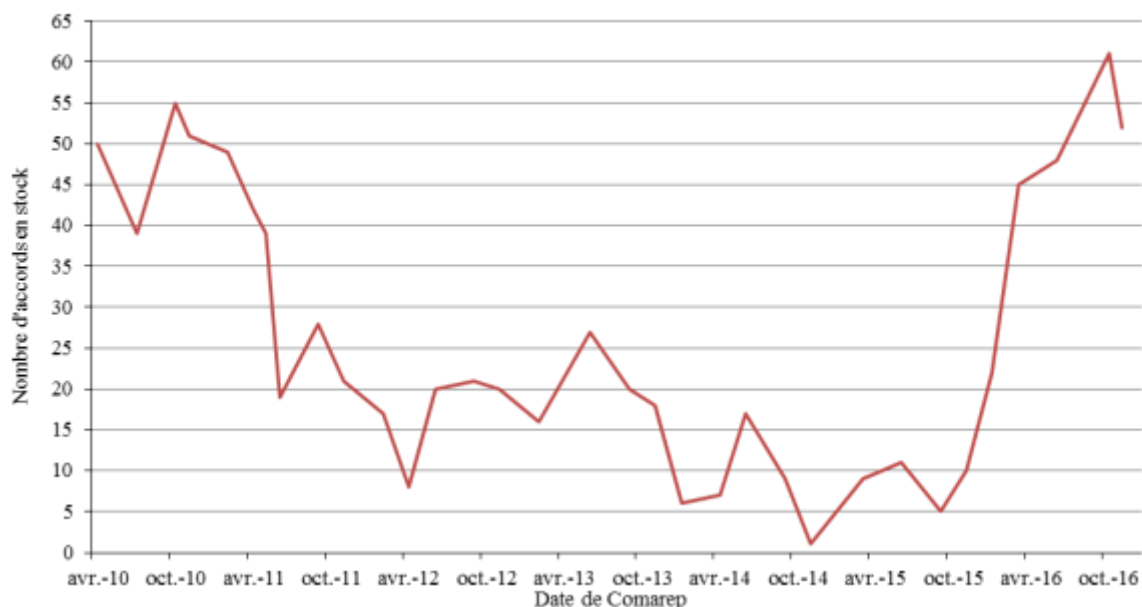
Au-delà de l'intégration de davantage de souplesse dans le champ de la protection sociale complémentaire, il est primordial de ne pas renchérir le coût de cette protection sociale pour les entreprises. La généralisation de la complémentaire santé a été d'autant plus coûteuse pour les entreprises que certaines ont mis en place des couvertures sur-complémentaire pour corriger les effets négatifs de la réglementation sur les contrats responsables. Aussi, demandons-nous le maintien des exonérations sociales et fiscales attachées aux contrats collectifs qui a été une condition de la généralisation de la complémentaire prévue par l'ANI du 11 janvier 2013 et conformément aux préconisations de l'IGAS dans son rapport sur le sujet d'avril 2016.

Après ces importants bouleversements, le MEDEF recommande, dans l'intérêt partagé des entreprises et des salariés, une stabilité globale du cadre législatif et réglementaire.

Annexe 1 - Indicateurs mesurant l'activité de la COMAREP

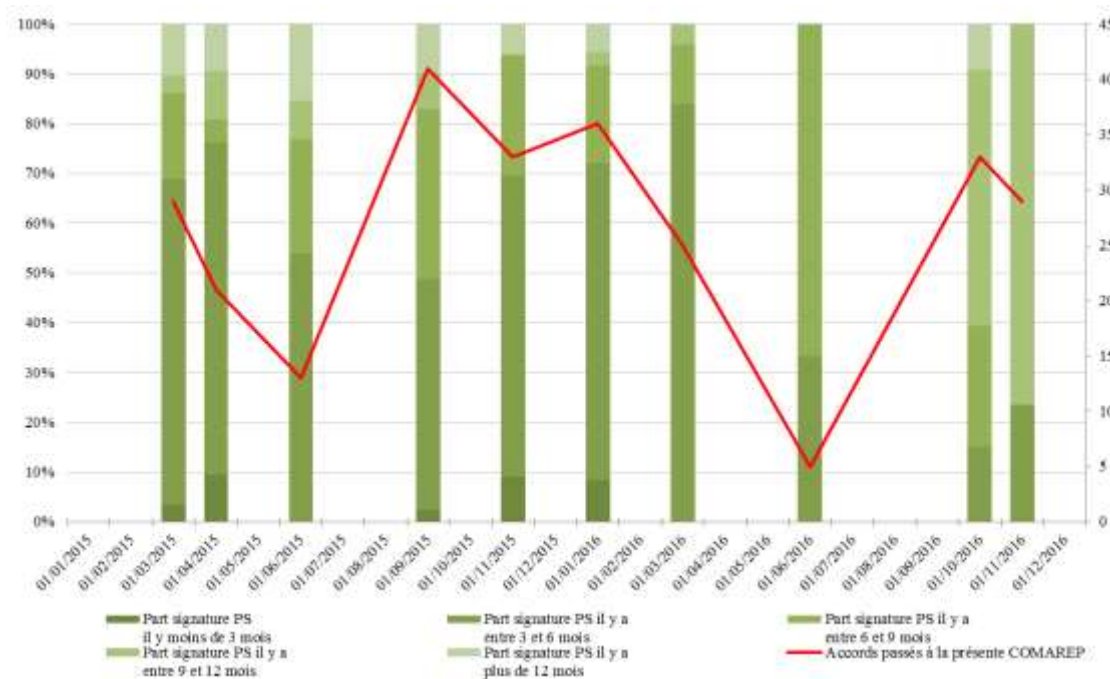
Indicateur de séance 1 : Stock en cours, par date de dépôt

Cet indicateur représente le stock d'accords reçus par la DSS et non encore traités par la Comarep.



Indicateur de séance 2 : Ancienneté des accords examinés

Cet indicateur permet d'évaluer la répartition des accords examinés lors de chaque Comarep en fonction de la date à laquelle ils ont été conclus par les partenaires sociaux.



Indicateur de séance 3 : Délai de traitement par la DSS

Cet indicateur permet d'évaluer la répartition des accords examinés lors de chaque Comarep en fonction de la date à laquelle la DSS a été saisie.

