



# 1<sup>ÈRE</sup> UNIVERSITE DE LA PROTECTION SOCIALE DE BRANCHES PROFESSIONNELLES

GÉNÉRALISATION DES CONTRATS SANTÉ, ABROGATION DES CLAUSES DE DÉSIGNATION, DÉCRETS SUR LA FORMALISATION DES APPELS D'OFFRE, ÉVOLUTIONS JURISPRUDENTIELLES, HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ...  
NOUVEAU RÔLE ET OUTILS DES PARTENAIRES SOCIAUX POUR MAINTENIR UNE MUTUALISATION SOLIDAIRE.

9, 10, 11 SEPTEMBRE 2015  
Marseille

Conçue & Organisée par :



En partenariat avec :





**GÉNÉRALISATION DES CONTRATS SANTÉ, ABROGATION DES CLAUSES DE DÉSIGNATION, DÉCRETS SUR LA FORMALISATION DES APPELS D'OFFRE, ÉVOLUTIONS JURISPRUDENTIELLES, HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ...  
NOUVEAU RÔLE ET OUTILS DES PARTENAIRES SOCIAUX POUR MAINTENIR UNE MUTUALISATION SOLIDAIRE.**

**Jeudi 10 septembre 2015**

---

8h30 - 9h45	Discours d'introduction	
	Conférence & débat	Le grand bouleversement du marché de la complémentaire santé, et les effets collatéraux
10h15 - 12h30	Conférence & débat	Observation des pratiques actuelles et potentielles <b>APGIS - SMI</b>
	Conférence & débat	La distribution, élément essentiel de la mutualisation solidaire ? <b>MUTEX</b>
14h15 - 17h00	Conférence & débat	"Degré élevé de solidarité" : contrainte ou opportunité ? <b>OCIRP</b>
	Conférence & débat	La généralisation de la complémentaire santé : une opportunité pour redéployer la protection sociale complémentaire ? <b>ALLIANZ</b>

---

**Vendredi 11 septembre 2015**

---

8h45 - 9h45	Conférence & débat	Comment piloter un accord de branche dans le cadre de la nouvelle réglementation ? <b>MALAKOFF MÉDÉRIC</b>
10h15 - 11h45	Conférence & débat	Actualités juridiques et perspectives : regards croisés <i>Expertises de Maître Millet-Ursin et Maître Rigaud</i>
	Discours de clôture	

---



## NOUVEAU RÔLE ET OUTILS DES PARTENAIRES SOCIAUX POUR MAINTENIR UNE MUTUALISATION SOLIDAIRE.

### Fin des désignations : bonne ou mauvaise nouvelle ?

*Et si la fin des désignations n'était pas la catastrophe annoncée ? Et si, au contraire, elle constituait une opportunité pour les entreprises comme les partenaires sociaux qui sont, de facto, replacés au centre du jeu ? Cette évolution majeure de notre système de protection sociale peut se révéler un atout, à condition de bien maîtriser le rythme des négociations et d'avoir une vraie réflexion sur le modèle économique.*

Pour bon nombre d'observateurs, la fin des désignations serait une catastrophe. Mais pourquoi ne pas voir, au lieu du verre à moitié vide, le verre à moitié plein ? Pourquoi ne pas faire de cette évolution une opportunité et non une menace ? Si on regarde bien, la fin des désignations est une excellente nouvelle. Aujourd'hui, la complémentaire santé devient un enjeu de négociation collective. L'entreprise comme la branche sont donc au cœur du sujet et c'est à eux qu'appartient désormais le futur de la complémentaire santé. Il y a là un message fort d'encouragement : les partenaires sociaux et les entreprises sont aux commandes.

### Un marché qui s'organise

Certes, le législateur définit un cadre mais, dans le même temps, donne aux entreprises et aux partenaires sociaux la responsabilité de faire bouger les choses. Maintenant il faut construire, mettre en place ou adapter les dispositifs. Les organisations syndicales et patronales n'ont pas attendu pour s'organiser. Cette année, on recense pas moins de 56 appels d'offre !

Se dessine également la gamme en santé, majoritairement des régimes intermédiaires. Il faudra donc être vigilant, pour les salariés, avec ce type de régime car il crée de nombreuses barrières à l'entrée. Si les garanties sont faibles, le système d'option sera une alternative. Attention toutefois à ne pas créer un système qui, à terme, coûtera mécaniquement plus cher et créera des disparités avec, à la clé, un accès à la santé différent selon les revenus.

**« La fin des désignations signe la fin d'un modèle économique. »**

La fin des désignations signe la fin d'un modèle économique et, avec le lancement des recommandations, c'est une nouvelle ère qui s'ouvre. Si distribuer coûte cher, il va pourtant falloir trouver des solutions pour valoriser le dispositif. Cela passe nécessairement par l'intervention de facilitateurs (plateforme téléphonique, courtiers, Internet, des intermédiaires payées par les syndicats ou les assureurs, etc.) qui seront consommateurs de ressources. Dans le cadre de la distribution, il faudra également tenir compte de deux éléments : le fait de vendre et l'anticipation des coûts et des moyens consentis au départ. Il est essentiel d'être plus créatif dans l'investissement et dans les moyens mis en place.



JEAN-PHILIPPE ALLORY - DIRECTEUR GÉNÉRAL ASSOCIÉ - ADDING

### Coup de fouet à l'innovation

En s'interrogeant sur la question du haut degré de solidarité, on met en exergue un sujet complexe et extrêmement opérationnel. Il est primordial pour les partenaires sociaux de s'interroger sur le périmètre et le fonctionnement du « haut degré de solidarité ». Il faudra, d'une part, le collecter (communication auprès des entreprises, frais de gestion, etc.) et, d'autre part, le piloter (que faire des ressources ? quelles réglementations ?).

En observant ce qui se passe, on s'aperçoit que la fin des désignations est une excellente nouvelle pour les salariés. Une situation de monopole ne crée pas d'innovation, c'est l'endormissement absolu. Ce changement de paradigme va obliger les opérateurs à se positionner de nouveau, repenser leurs services, leurs expertises, leur fonctionnement et leur reporting, créant ainsi une dynamique et de l'innovation bénéfiques pour les utilisateurs et, donc, pour les branches.

*« Le temps du dialogue social n'est pas celui du temps contractuel du contrat d'assurance. »*

Par ailleurs, il convient de mener une vraie réflexion sur le rythme de la négociation, l'antagonisme qu'il crée par rapport à la nécessité d'adapter les régimes de santé à la réalité de marché. Le délai de la négociation de la protection sociale en branche est long. Et la santé nécessite des ajustements réguliers. Ainsi tous les ans, il va falloir agir. Et agir vite. Cette dichotomie entre le temps du dialogue social et le temps contractuel du contrat d'assurance appelle à la vigilance. Ces ajustements nécessitent de piloter en permanence le dispositif et de l'adapter dans son contenu et dans ses tarifications. Pour les branches, la généralisation de la complémentaire santé révèle une problématique de réponse aux métiers précaires (au sein d'une même branche ou bien multi branches). Il existe une évolution de l'environnement de l'emploi obligeant les branches à trouver des mécanismes pour rassurer le bénéficiaire.

En un mot, la fin des désignations est une chance pour notre secteur, qui sera à la fois plus performant et plus innovant. Soyez très exigeants dans vos négociations, dans votre dialogue et avec les opérateurs. Mais soyez aussi responsables. Soyez responsables par rapport au système économique, vis-à-vis de vos opérateurs et de vos conseils. Soyez responsables dans la manière de piloter les dispositifs, tout comme le « haut degré de la solidarité ».

**Jean-Philippe ALLORY**  
**Directeur Général Associé - ADDING**

# Le grand bouleversement du marché de la complémentaire santé, et les effets collatéraux

---

INTERVENANTS	Catherine MILLET-URSIN	Avocat spécialiste du Droit Social - Associée FROMONT & BRIENS
	Jacques NOZACH	Consultant Externe ADDING

---

Le rôle dévolu aux partenaires sociaux pour compléter ou construire le droit du travail et de la protection sociale ne date pas d'hier. Dès 1919, en effet, étaient jetées les bases de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui le droit conventionnel social. C'est surtout à partir de 1945, de la mise en place de la sécurité sociale et du paritarisme que ce rôle a été consacré, en particulier dans le préambule de la constitution de 1946, repris en 1958.

### Paritarisme de négociation, paritarisme de gestion

Par la voie d'accords d'entreprises, d'accords de branches, d'accords nationaux interprofessionnels, les partenaires sociaux ont construit, avec les pouvoirs publics, un édifice de protection sociale complémentaire qui fonde largement ce qu'il est convenu d'appeler le «contrat social de la Nation» et se sont souvent donnés les moyens de gérer paritairement ces dispositifs.

Les plus emblématiques sont les régimes complémentaires AGIRC et ARRCO. Mais également la couverture de plus de 12 millions de salariés en matière de prévoyance par des accords de branches et de plus de 2 millions de salariés en complémentaire santé.

La procédure permettant aux partenaires sociaux de jouer un rôle pré-législatif et pré-réglementaire n'a cessé d'être consolidée : ANI repris dans la loi, procédure d'extension COMAREP, représentativité syndicale, accord sur la gouvernance paritaire...

Un projet visant à inscrire ce rôle explicitement dans la constitution est en préparation (à l'instar de ce qui fonctionne dans d'autres pays de l'union européenne).

Dans ce contexte, la décision du conseil constitutionnel de juin 2013 bouscule ces dispositifs en compliquant la tâche des partenaires sociaux au niveau du paritarisme de négociation et en proscrivant le paritarisme de gestion exclusif. Définir des garanties sans pouvoir faire fonctionner une mutualisation obligatoire a-t-il encore un sens ?

Le paritarisme de gestion, au fil des années, a dû s'adapter à des évolutions structurelles majeures : la loi Evin de 1989, l'entrée dans le champ des directives assurances européennes provoquant la fin des institutions L4. (Séparation de la retraite de la prévoyance).

Les partenaires sociaux ont-ils encore la possibilité de gérer eux-mêmes les accords qu'ils concluent ?

## Conférence

### Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Au regard de l'historique, le principal problème, c'est le pouvoir des partenaires sociaux par rapport au thème de la protection sociale. La construction originelle de 1945, donnait aux partenaires sociaux, en parallèle avec la Sécurité Sociale, la capacité de construire une protection sociale conventionnelle, éventuellement adaptée aux branches professionnelles. Au fil du temps, le paritarisme de négociation s'est séparé du paritarisme de gestion en alignant la situation des institutions de prévoyance sur les organismes assureurs.

La loi Evin, puis la loi du 8 août 1994 créant les clauses de désignation, autorisaient les partenaires sociaux à négocier le champ des prestations sociales qu'ils allaient proposer aux salariés et à choisir l'organisme qui allait le gérer. Cette loi vient instaurer une disposition légale, qui autorise les partenaires sociaux, pour mutualiser les risques, à pouvoir désigner un organisme assureur.

### Inconstitutionnalité des clauses de désignation

Pour le Conseil Constitutionnel du 13 juin 2013, les dispositions sont contraires à la Constitution, au motif qu'elles portent une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle. Cette décision signe la fin des désignations depuis le 16 juin 2013, date de publication de la décision du Conseil Constitutionnel.

Le Conseil Constitutionnel dans sa décision a invalidé les clauses de désignation mais a émis une réserve sur le cas des contrats en cours. Le 11 février 2015, la décision de la chambre sociale de la cour de cassation, vient confirmer que le contrat en cours est l'accord collectif. Aujourd'hui, nous sommes sur ce dispositif. Il existe toujours des interprétations divergentes des cours d'appel et les batailles ne sont pas encore terminées sur ce terrain. Les dernières clauses de désignation vont tomber en 2018 puisque la durée maximale d'une clause de désignation était de 5 ans.

Il existe un recours porté devant le comité européen des droits sociaux. Il a été déposé par FO et est fondé sur le fait que les dispositions légales porteraient atteinte aux droits de la négociation collective.

### Les clauses de recommandation

Le PLFSS de 2014, a modifié l'article L.912-1 pour attribuer à la désignation, la recommandation. Le Conseil Constitutionnel valide la recommandation, mais il supprime le lien avec le forfait social. Fin 2013, L.912-1 ne parle plus de mutualisation des risques, mais de degré de solidarité. Il ne peut y avoir recommandation que s'il y a « degré élevé de solidarité ».

Le décret du 11 décembre 2014, définit le « degré élevé de solidarité ». Il faut affecter au moins 2% des primes d'assurance au financement d'actions de solidarité :

- Dispenser, en partie ou totalement, certaines personnes de cotisations en raison de critères liés à la nature du contrat (CDD) ou au temps de travail (cotisation >10% de la rémunération brute),

## Conférence

- Prévoir des actions de prévention, en lien éventuellement avec les politiques publiques, mais qui peuvent aussi être adaptées aux spécificités professionnelles,
- Mener des actions sociales, soit de façon collective, soit à titre individuel, au regard de critères ou dossiers présentés par les salariés de la branche professionnelle.

La clause de recommandation doit respecter plusieurs critères : mettre en place un «degré élevé de solidarité», respecter l'obligation de mener un appel d'offre et pour finir, au travers du décret du 24 juin 2015, les organismes recommandés doivent transmettre un rapport au ministre de la sécurité sociale, sur tous les droits non contributifs traduisant le « haut degré de solidarité ».

Un organisme recommandé est finalement dans la même situation qu'un organisme qui était désigné : il n'a pas le droit de refuser l'adhésion d'une entreprise et doit exprèssement appliquer le même taux de cotisation à toutes les entreprises de la branche.

### **Demain : Quelles extensions ?**

L'avenir de ces clauses suppose travail important sur le « degré élevé de solidarité » : cela permettra également d'asseoir la légitimité des partenaires sociaux à négocier les accords de branche et de les imposer aux entreprises de la branche. La représentativité côté salarié a été réglée, c'est la représentativité patronale qui fait débat.

Toutefois, ces débats ne tiennent pas compte d'entreprises ou de groupe d'entreprises qui dépassent largement les effectifs d'une branche professionnelle et qui aujourd'hui négocient des accords communs pour tout leur personnel quel que soit la branche d'activité dont ils relèvent et qui ont une capacité à mutualiser des risques en dehors de l'intervention de la branche.



### Observation des pratiques actuelles et potentielles

---

INTERVENANTS	José CHEMLA	Directeur du Développement APGIS
	Claude NEGRIN	ACTUCLAIRE
	David RIBOH	Responsable Réseau des Partenaires Sociaux SMI

---

Observations du cadre actuel et potentiel des appels d'offres de branche. La difficulté rencontrée, c'est de pouvoir concilier le champ des possibles avec une mutualisation suffisante et une sécurité juridique qui puissent permettre de pouvoir gérer ces accords.

Aujourd'hui, au-delà de la décision du Conseil Constitutionnel, il existe plusieurs contraintes dans la négociation. D'une part une question de timing, liée à la généralisation de la complémentaire santé au 1er janvier 2016, ce qui a poussé plusieurs branches à négocier rapidement pour mettre en place des régimes de façon effective à l'échéance. Et d'autre part, une négociation qui est aujourd'hui encadrée par plusieurs textes, par le contrat responsable, par des contraintes de garanties et de procédures d'appels d'offres.

#### Responsabilité de la procédure et mise en concurrence

La procédure de la mise en concurrence dans le cadre d'une recommandation est la plus utilisée mais dans certains cas elle n'aboutit pas et conduit à une « labellisation » dans les cas de désignations antérieures, c'est la recommandation qui a été jusqu'ici mise en œuvre. La procédure en cas de labellisation/référencement est en général moins lourde

Les commissions paritaires doivent veiller à la transparence, l'impartialité et l'égalité de traitement afin d'arriver à une recommandation, au travers d'une procédure de mise en concurrence. Les offres doivent être évaluées selon des critères préétablis et la recommandation doit porter sur les organismes les mieux notés et seront vérifiées. Le non-respect de ces procédures entraîne un risque de refus d'extension. Le texte ajoute que la branche peut être accompagnée d'un conseil expert externe pour mener à bien cette mise en concurrence (noter la tarification, la solidité de l'organisme, Solvabilité 2 ...).

Le contenu du cahier des charges à lui aussi évolué avec de nouvelles modalités devant être spécifiées. Par exemple les modalités de financement et d'organisation du degré élevé de solidarité, la prohibition des conflits d'intérêt, l'égalité de traitement ...

## Conférence

A ce stade, les organismes déjà présents dans les régimes de branches sont généralement retenus (certains groupes paritaires, « alliances » mutualistes...). Les couvertures vont généralement au-delà du niveau « panier de soin », avec le développement de niveaux additionnels facultatifs pour l'entreprise ou à adhésion individuelle. Avec dans certains cas un niveau « non responsable ».

L'organisation du « haut degré de solidarité » n'est pas encore bien appréhendée et pose la question de la limitation.

### Photographie des pratiques actuelles (étude sur une quarantaine d'accords)

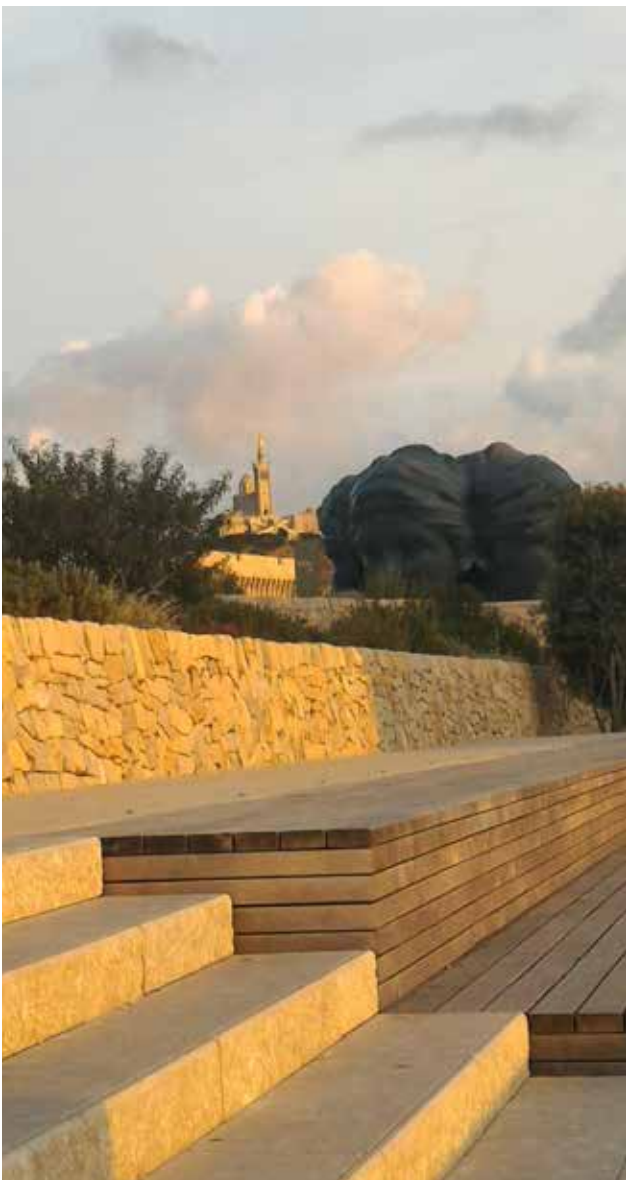
On constate sur les nouvelles mises en concurrence que la majorité des accords signés sont des recommandations (30 entreprises sur 50), la labellisation arrive ensuite (10/50 entreprises) et les 10 restantes sur le dispositif obligatoire, sans prendre parti sur un quelconque organisme. Si on fait une projection actuarielle, on pourrait supposer (sauf nouvelles dispositions pouvant modifier le paysage) qu'il y aura dans les accords environ 70% de clauses de recommandation, 15% en labellisation et 15% sans organisme cité.

### Niveau de couverture indicatif couvrant le salarié

Environ 15% des négociations d'accords portent sur le panier de soin minimal (cotisations pour salarié seul de 25 à 30€), pour le panier amélioré (optique, dentaire ...) cela concerne 20% des accords (30 à 40€) suivi des couvertures de niveau intermédiaire qui représentent 30% des accords (40 à 50€). Puis il y a des accords avec des couvertures plus élevées qui reste spécifiques ou minoritaires.

### La mutualisation technique

Des études estiment à 45% le pourcentage des entreprises d'une branche qui rejoindrait l'accord et l'organisme recommandé. Il est important de veiller à analyser quelle est la composition des entreprises qui ont rejoint la recommandation, pour évaluer le risque technique, et être vigilant sur les conséquences de ces nouvelles pratiques.



### La distribution, élément essentiel de la mutualisation solidaire ?

---

INTERVENANTS	Jean-Pierre CALVET	Directeur Conventions Collectives Nationales MUTEX
	Patrick CONTOIS	Directeur général de l'association SERENA à Marseille URIOPSS PACA
	Dominique DEBELLE	Directeur du Développement MUTEX
	Brigitte LESOT	Directrice Générale CHORUM

---

*Cet atelier ne fait pas l'objet d'une synthèse à ce jour.*

### «Degré élevé de solidarité» : contrainte ou opportunité ?

---

INTERVENANTS	Denis CAMPAGNA	Directeur du Développement OCIRP
	Jean-Manuel KUPIEC	Directeur général adjoint en charge des relations extérieures OCIRP
	Sylvie PINQUIER-BAHDA	Secrétaire Générale - Directrice de la fondation d'entreprise OCIRP

---

Avec les nouveaux régimes d'accord de branche, que ce soit la recommandation ou la labellisation, aucun système ne garantit la mutualisation, par leur incapacité à obliger la concentration des contrats chez un assureur.

La recommandation donne une visibilité commerciale sur un assureur, mais sa capacité de rassembler les entreprises au sein du même régime repose sur sa capacité commerciale. La procédure de mise en concurrence impose des contraintes très lourdes pour un bénéfice moindre voire inexistant. La labellisation offre la même visibilité commerciale sur un contrat avec un cadre procédural moins contraignant.

Aucune des 2 formes juridiques ne garantit la mutualisation. Avec ces réformes, les partenaires sociaux perdent leur pouvoir d'engagement des entreprises auprès de l'assureur et leur capacité à piloter un régime moins solidaire et moins pérenne (mutualisation incertaine).

#### Une inspiration : la fiducie

La fiducie est l'opération par laquelle un ou plusieurs constituants (ici les partenaires sociaux signataires de l'accord) transfèrent des biens, des droits ou des sûretés, ou un ensemble de biens (le régime de branche), de droits ou de sûretés, présents ou futurs, à un ou plusieurs fiduciaires (les organismes assureurs) qui, les tenant séparés de leur patrimoine propre (notion de « patrimoine d'affectation »), agissent dans un but déterminé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires (ici les entreprises et les salariés).

Le cadre juridique de la fiducie ne permet pas sa transposition directe en droit du travail mais peut servir de source d'inspiration pour une construction contractuelle.

Ainsi, la mutualisation, qui est un dispositif technique, pourrait revenir dans le giron juridique de l'accord collectif et ainsi, redonner du pouvoir aux commissions paritaires de branche, rendre le contenu de l'accord obligatoire auprès des entreprises pour que tous les paramètres de la mutualisation soient sous le contrôle des partenaires sociaux.

Il serait nécessaire d'introduire des clauses de mutualisation qui lui donneront une réalité technique de compensation des résultats en cas de pluralité d'assureurs, d'obligations de fourniture de données de pilotage



## Conférence

pour les employeurs (délégué à leurs assureurs), de transparence et de réalité sur les coûts de gestion et de pilotage plus fin des risques : l'incapacité, l'invalidité et le décès, pas plus que la santé n'ont la même logique de risque. Piloter une cotisation au global n'empêche pas de se pencher sur la réalité actuarielle du risque.

### Le futur des accords de branche

La réunion de concertation organisée par Dominique Libault début septembre, lui a permis de présenter ses préconisations aussi bien sur la couverture complémentaire santé que la prévoyance et concerne les salariés et les retraités. Il s'agit de constats, de recommandations, de préconisations, de propositions dans un contexte de transparence et de concurrence.

Ces 11 préconisations sont articulées en deux blocs selon l'urgence de mise en place.

Mesure à mettre en place immédiatement :

- Etoffer le dispositif d'observation et de statistiques en collectant des données plus précises en santé et prévoyance ainsi que sur les droits non contributifs et les personnes vulnérables (les jeunes et les retraités).
- Mettre en place un système de médiation renforcée qui sera chargé de vérifier la mise en place de la protection sociale complémentaire, soit via une médiation dans les organisations professionnelles, soit via un médiateur national de la protection sociale complémentaire. Le médiateur aura la possibilité d'alerter les pouvoirs publics.
- Utiliser au mieux les dispositifs de recommandation, en diffusant les bonnes pratiques et en ayant des bases juridiques solides sur les fonds de solidarité, en mettant en place une pénalité pour les entreprises qui rejoindraient tardivement l'accord de branche.
- Renforcer le dispositif proposé par les assureurs pour limiter la sélection des risques en calquant les engagements de la FFSA en 2013 : pas de sélection médicale pour les salariés en santé et prévoyance, maintien des droits des salariés en cas de défaillance des entreprises et mise en œuvre d'une politique d'action sociale et de prévention.
- Prévoir une dérogation très encadrée, soumise à l'autorité de contrôle, dans les secteurs multi-employeurs notamment, dans les branches caractérisées par des salariés en contrats courts ou des salariés de branche à employeurs multiples.
- Organiser le bénéfice du chèque santé pour les salariés titulaires de contrats courts multi-branches. Ce sera un chèque santé dérogatoire et proportionnel au temps de travail pour l'employeur.
- Renforcer la gouvernance de la protection sociale dans les branches en mettant en place une charte des régimes de branche et un guide des bonnes pratiques pour maîtriser les risques et mettre en place des sanctions.

Mesures à mettre en place après une phase d'observation :

- Encourager les cotisations proportionnelles et les plus favorables aux retraités grâce à des mécanismes d'incitation fiscale (2/3 forfaitaire et 1/3 proportionnel).
- Autoriser la co-désignation notamment dans le cadre d'appel d'offres. Il faudra conjuguer la gestion du risque avec la liberté d'entreprise et la liberté contractuelle et faire de la co-assurance.
- Créer un régime distinct pour la prévoyance, une solution qui pourrait être envisagée après une phase d'observation notamment pour les entreprises dans l'incapacité de trouver un assureur en protection sociale complémentaire.
- Créer le concept de conventions collectives de sécurité sociale qui concernerait les accords de branche ayant mis en place un cahier des charges strict et mettant en œuvre un haut niveau de solidarité (10 %).

## Conférence

### Le degré élevé de solidarité : contrainte ou opportunité ?

Le « degré élevé de solidarité » peut constituer un véritable avantage concurrentiel, voire permettre de se redéployer sur un nouveau marché. La véritable question est de se demander si cela ne peut pas devenir un élément différenciant, en apportant des services réels aux salariés de la branche dans toutes les situations de vie qu'ils peuvent rencontrer et spécialement les plus difficiles et en rejetant résolument tous les services superficiels et les effets gadgets.

Cela pourrait devenir un élément différenciant, si le « haut degré de solidarité » consolidait les accords de branche en recommandation et renforçait la dynamique de mutualisation qui en découle au sein de la branche. C'est également pour les partenaires sociaux une opportunité de s'approprier le pilotage des accords sociaux de la branche au-delà des cotisations et des garanties en étant dans une approche plus globale de prévention et d'accompagnement de situations difficiles.

### 3 stratégies pour mettre en place le 2%

La stratégie de « Monsieur Jourdain » : Tous les opérateurs en font déjà, il n'y a qu'à habiller l'existant voire à faire quelques exonérations de cotisations. Cela n'apporte aucune valeur ajoutée pour les salariés ni aucun caractère différenciant de l'offre recommandée.

La stratégie des « villages gaulois » : Chaque opérateur va chercher à mettre en avant ses propres services à « degré élevé de solidarité » pour conférer un avantage déterminant à sa proposition conventionnelle. Cette stratégie met en défaut l'unité de branche en cas de multi-recommandés.

La stratégie de « l'union » : Les opérateurs décident d'unir leurs efforts et leurs compétences pour proposer une solution unifiée de service à « degré élevé de solidarité ». Cela engendre une mutualisation des moyens, non seulement entre recommandés mais également de façon plus large entre branches.

# La généralisation de la complémentaire santé : une opportunité pour redéployer la protection sociale complémentaire ?

---

INTERVENANTS	Jean-Claude BARBOUL	Secrétaire général adjoint CFDT - UNION CONFÉDÉRALE DES INGÉNIEURS ET CADRES
	Arnaud SANGLE-FERRIERE	Directeur Développement Epargne entreprise ALLIANZ
	Nathalie THOOL	Directrice santé, prévoyance, emprunteur et dépendance ALLIANZ

---

## Etat des lieux en matière de protection sociale et de santé

Malgré les mesures successives pour contenir les dépenses, le solde de la branche maladie reste toujours négatif et ne se réduit pas (un déficit de 6 Mds €). D'ici 2017, 10 Mds € d'économies complémentaires sont à faire dont une partie transférée vers les complémentaires. Ce déficit est lié entre autres, à plusieurs phénomènes dont le vieillissement de la population, l'accroissement des affections longues durées (ALD) (84% de la croissance des dépenses de la Sécurité Sociale provient des ALD).

Les aides publiques sont recentrées vers les personnes les plus défavorisées (CMU-C et ACS) dont le nombre s'accroît sous l'effet de la crise économique et du relèvement des plafonds d'attribution. En 2014 on note une augmentation du nombre de bénéficiaires de 7% pour la CMUC et de 3,9% pour l'ACS (5,2 Millions de bénéficiaires pour la CMUC et 1,2 Millions pour l'ACS).

Le transfert de charge de la Sécurité sociale vers les OCAM pèse sur la couverture santé complémentaire et sur les acteurs de la complémentaire santé par exemple le forfait médecin traitant (150 Mls € par an), la hausse de la taxation sur la complémentaire santé (7 points entre 2011 et 2012) ou le pilotage comptable de l'évolution des dépenses (ONDAM) de manière plus insidieuse au travers la recherche de financement de certains acteurs de la santé notamment les hôpitaux (ex. : poste frais de séjour en hospitalisation publique et le tarif journalier des prestations qui a augmenté de 50% en 8 ans).

La généralisation de la couverture santé et le contrat responsable a un impact important sur le dépassement d'honoraires avec la limitation du contrat de garantie pour les médecins non adhérents au CAS (contrat d'accès aux soins). 85 % des dépassements sont concentrés sur des médecins spécialistes dont 50% sur 4 spécialités pour lesquelles seulement 10% des médecins sont adhérents au CAS. Cela engendre un déséquilibre fort entre les patients selon les zones géographiques et leurs pathologies. Par conséquent, la prise en charge des honoraires en chirurgie et anesthésie va augmenter de façon très sensible le reste à charge alors qu'en général cette garantie était très couvrante et généralisée dans les couvertures santé tant en assurances collectives qu'en assurance santé individuelle.

Sur les postes optique, dentaire, appareillages auditifs...les réseaux de soins sont une alternative à la hausse

## Conférence

des restes à charges grâce à des tarifs négociés sans concession sur la qualité (20 à 50% selon le réseau), à un management du réseau avec des contrôles mutualisés et à un modèle de négociation qui peut être mené à 2 niveaux (industriel, professionnel de santé).

### **Peut-on optimiser à enveloppe constante, la protection sociale complémentaire des salariés ?**

On constate l'augmentation des prix des complémentaires lié au transfert de charge de l'AMO vers les AMC. L'augmentation des taxations, a tendance à recentrer les couvertures collectives vers des régimes avec des garanties moins couvrantes.

Par ailleurs, la généralisation de la complémentaire santé oblige de prendre en charge 50% du panier de soins ANI et de proposer l'offre complémentaire simultanément à l'offre de base au moins sur les actes lourds tels que l'hospitalisation.

Mais la fiscalisation à l'IRPP de la participation patronale au régime santé laisse moins de revenus disponibles aux ménages pour financer une couverture complémentaire dont le prix est renchéri par une taxation alourdie (14%).

L'optimisation des frais de santé en 2 régimes permet pour la même couverture, un gain d'IRPP qui pourrait être partagé entre employeur et salarié. A la fois pour le maintien de la couverture initiale à moindre coût, pour l'augmentation de la couverture prévoyance (décès invalidité et dépendance ou aide aux aidants.) et pour le redéploiement des ressources pour la mise en place d'un contrat de retraite complémentaire.

# Comment piloter un accord de branche dans le cadre de la nouvelle réglementation ?

---

INTERVENANTS	Nicolas DESORMIERE	Directeur des Relations de Branches MALAKOFF MEDERIC
	Hélène MARTRENCHARD	Directeur de la souscription MALAKOFF MEDERIC
	Denis RAGUET	Secrétaire Fédéral FGTA FO

---

Dans le cadre de la réglementation actuelle, le pilotage d'un accord de branche s'avère être une mission complexe. Il n'y a plus une forme mais plusieurs formes de mutualisation et d'optimisation en fonction des situations propres aux branches. Le cadre juridique regroupe 4 possibilités contractuelles pour poursuivre la mutualisation solidaire pour les branches :

- La recommandation, qui a pris la suite de la désignation, s'appuie sur un accord de branche qui précise l'ensemble des éléments du régime (cotisations, garanties, « haut degré de solidarité ») et les partenaires à qui le risque est confié.
- La labellisation qui est un accord négocié entre les parties décrivant soit les cotisations et leurs répartitions soit les garanties et la répartition des parts employeurs et salariés. On crée une offre qui répond à cet accord et ces critères-là.
- Le référencement, où il n'y a pas d'accord négocié mais une ou plusieurs offres retenues par les partenaires sociaux en fonction des besoins de la branche.
- L'offre post-désignation qui fait suite à la désignation pour répondre au régime décrit dans l'accord de branche. Les cotisations et garanties continuent d'être décrites dans l'accord ainsi que la répartition des parts employeurs et salariés. Il n'y a plus d'organisme assureur désigné pour gérer le pilotage.

### Position du porteur de risque

Ce qui a changé par rapport aux clauses de désignations c'est que les opérateurs ne connaissent plus aussi précisément la population qui va être assurée puisque les entreprises ne sont pas contraintes de rejoindre l'organisme désigné et que parmi les salariés il y a de plus en plus de cas de dispense d'affiliation. Les hypothèses utilisées pour tarifier un risque sont donc prises sur une moyenne la plus représentative possible de la population qui sera finalement assurée. Cela dépendra donc des caractéristiques des branches notamment les tailles des entreprises, de l'affectio societatis de la branche pour son opérateur mais aussi de la préexistence d'un régime rendant complexe le changement d'assureur pour les sociétés de la branche.



## Conférence

Le modèle obligatoire reste d'actualité, avec un tarif unique collectif pour tous les salariés, alors que l'on voit que le facultatif est de plus en plus introduit. On remarque aujourd'hui la mise en place d'un socle de garantie, qui est un panier de soins améliorés, cumulé à des sur complémentaires facultatives. Outre un accroissement supplémentaire de la part facultative, cela conduit à introduire de l'anti-sélection : les salariés qui ont besoin de consommer de la santé prendra plus facilement les options. Cela introduit une part d'incertitude supplémentaire.

La préexistence d'une désignation ou recommandation pose une question sur les réserves et leurs utilisations dans l'hypothèse où l'assureur en place est maintenu. Il existe en post-désignation, un risque de démutualisation en cas de fuite des « bons risques ».

### Etude de faisabilité

Face à ces changements, il nous semble indispensable de mettre en place une étude de faisabilité afin d'estimer si, pour chaque branche, les conditions de l'appel d'offres ou du cahier des charges sont compatibles avec le degré de mutualisation attendu.

Un certain nombre de question se pose. D'une part sur la capacité à capter les entreprises de la branche concernée (préexistence du régime, dispersion et taille des entreprises ...) car l'effort et le prix d'acquisition ne sont pas les mêmes et cela va peser sur le niveau de la cotisation. D'autre part, sur la situation de la branche et le risque économique notamment avec la portabilité qui introduit une part d'incertitude pour les organismes assureurs. Mais également sur la capacité de l'opérateur à prélever et gérer le haut degré de solidarité. La structure de l'offre en elle-même va avoir un poids sur la faisabilité par exemple son éventuel caractère anti-sélectif ou si elle est adaptée à la population à assurer.

### Pilotage technique

Lorsque l'on détermine un prix, celui-ci est basé sur une moyenne calculée à partir de différentes hypothèses et tout l'enjeu va être de vérifier que les hypothèses prises pour élaborer le tarif étaient correctes. Auparavant, les organismes assureurs pilotaient leurs régimes rétrospectivement (les cotisations, les sinistres, l'équilibre du régime ...), aujourd'hui ils doivent anticiper et prévoir les résultats futurs pour pouvoir piloter en amont les régimes, anticiper la distribution ou engager les négociations. Il est nécessaire de suivre les bases et les options, ainsi que les comportements des cotisations et des sinistres par population.

Dès la mise en place du régime, les opérateurs instituent un pilotage prospectif au fil des adhésions et des arrivées des entreprises. Lorsque le régime est assuré par plusieurs assureurs, l'accès aux données est rendu plus compliqué. De ce fait, une base de données commune de la population de la branche, des cotisations et des prestations détaillées doit être mise en place et alimentée par les assureurs. De même, il faut définir les quotes-parts de risque de chacun et veiller à ce qu'elles soient représentatives de l'apport commercial ou de gestion de l'assureur en question. Dans ces cas-là, les assureurs ont plusieurs possibilités pour compenser le risque entre eux. Le plus classique est la coassurance, ou bien la réassurance (croisée ou centralisée auprès d'un concentrateur), mais aussi la compensation de flux.

Tous ces éléments vont permettre aux assureurs d'avoir une solidité dans leur distribution et une attractivité supplémentaire de leur offre pour faire vivre le régime de la branche et renforcer la mutualisation solidaire.

# Actualités juridiques et perspectives : regards croisés

---

INTERVENANTS	Catherine MILLET-URSIN	Avocat spécialiste du Droit Social - Associée FROMONT & BRIENS
	David RIGAUD	Avocat Associé RIGAUD AVOCATS

---

La réglementation en matière de protection sociale a fortement évolué ces dernières années notamment sur la part de la négociation collective, la désignation, la recommandation, mais également sur la manière dont les accords sont négociés.

### Place de la négociation collective

**CMU :** On a aujourd'hui différents textes, dont le rapport Combrexelle, qui viennent envisager à long terme une modification du code du travail et revoir la place de l'accord collectif dans la conception de la règle. Au regard des problématiques rencontrées sur la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle, se pose la question de la place de la négociation de branche, cette dernière n'ayant pas de personnalité morale. Ce rapport Combrexelle vient renforcer la place de la négociation collective, mais il vient aussi (proposition n°32) dire qu'il faut définir les missions de la branche. On devrait donc définir ce qui relève du Code du travail, de la négociation de branche et ce qui relèvera de la négociation d'entreprise. On sait que les garanties collectives et la protection sociale ont toujours été au cœur du dialogue social et notamment au cœur de la négociation de branches. Pour construire la protection sociale de demain, il est primordial de connaître le rôle de la branche par rapport à l'entreprise, sa capacité à imposer à l'entreprise des choix pris, le tout dans un contexte où les branches seraient amenées à fusionner (proposition n°33) pour atteindre une centaine de branches.

**DR :** Le principe de faveur, en droit du travail, est un principe essentiel, qui continuera d'exister mais qui risque d'être remanié par la réforme Combrexelle si elle passe. C'est le fait qu'une norme de niveau inférieur peut toujours être plus favorable qu'une norme de niveau supérieur. Dans notre cas particulier, c'est qu'un régime d'entreprise peut être plus favorable qu'un régime de branche. Cela peut poser des questions compliquées à arbitrer. La Cour de cassation face à ce conflit de normes tranche pour le régime le plus favorable. Cependant, il existe dans le Code du travail des dispositions particulières qui disent qu'en matière de garanties collectives, lorsqu'il y a des désignations au niveau de la branche (disparues depuis le 13 juin 2013), on ne peut pas déroger. On peut se poser la question de la survie de ce texte depuis la décision du Conseil Constitutionnel. Le rapport Combrexelle, et ce qui va en sortir, pourra peut-être aussi changer la donne et être plus favorable aux entreprises. Tous les acteurs aujourd'hui - Institut Montaigne, Terra Nova, MEDEF, rapport Combrexelle - recommandent en effet de renforcer le pouvoir des entreprises dans les négociations.

## Conférence

### Quels sont les risques ?

*DR :* On peut évaluer 4 risques pour les branches. Il y a tout d'abord des risques de contentieux par rapport aux questions salariales (contestation de la validité de l'accord ...). On note également le risque de contentieux avec les entreprises (contestation des pénalités financières pour les entreprises qui rejoindraient l'accord tardivement ...), le risque de redressement URSSAF (qui équivaut à 1 année de cotisations patronales) et enfin l'autorité de contrôle prudentiel qui pourrait constater que les organismes assureurs s'éloignent de leur préoccupation principale de couverture des risques.

*CMU :* On a connaissance de redressements URSSAF pour des entreprises ayant appliquées les dispositions imposées par la branche, entre autre sur des problématiques organisationnelles de cotisations.

### Le Conseil Constitutionnel

*CMU :* Le Conseil Constitutionnel est intervenu à la suite de la modification de l'article L.912-1 à l'occasion de la généralisation de la complémentaire santé. Il est venu mettre en avant la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle, il a refusé la désignation telle qu'elle était prévue dans les textes et a lancé des pistes pour de la recommandation, de la co-désignation ... L'entreprise doit avoir la capacité de négocier ou de choisir les bases contractuelles de son engagement en protection sociale à l'égard de ses salariés.

*DR :* Il y a un changement de paradigme total et le milieu a du mal à changer ses habitudes depuis le 13 juin 2013. Alors qu'à l'époque les clauses de recommandations étaient reconnues comme une liberté contractuelle, le Conseil Constitutionnel acte que c'est déjà une forme de contrainte car c'est captif. C'est une mutualisation partielle. De son côté, l'autorité de la concurrence cherche une émulation du côté des assureurs pour que les choses changent.

### La décision de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)

*CMU :* LA CJUE vient valider les régimes conventionnels et met en exergue la condition fondamentale pour que les partenaires sociaux créent une préférence à l'attention d'assureurs qui pourraient être choisis pas la branche professionnelle, c'est le « haut degré de solidarité ». Cela va au-delà de la simple mutualisation des risques, c'est l'organisation du « degré élevé de solidarité ». Au regard des nouveaux textes, des questions se posent sur le contrôle du ministre au moment de l'extension sur le « haut degré de solidarité » puisqu'il est normalement la contrepartie de la validité de la recommandation. Pour une demande d'extension, sous réserve que la procédure d'appel à la concurrence ait été respectée, doit être transmis au ministère l'avis publié (avec les critères et leurs poids) mais également le classement des organismes assureurs ayant répondu.

*DR :* Au niveau européen, il est maintenant demandé un « haut degré de solidarité » mais également la transparence des acteurs de la protection sociale. On attend une jurisprudence importante de la part de la CJUE suite à un renvoi du Conseil d'Etat du 30 décembre 2013, sur l'affaire Beaudout 2, dans lequel il y a une demande d'extension, à l'époque de la désignation, et pour lequel le Conseil d'Etat s'est questionné sur sa légitimité à étendre des régimes sans vérification de la transparence. Pour le droit de l'Union Européenne, la transparence repose sur 3 points essentiels : il doit y avoir des critères de sélection, de l'objectivité et de l'impartialité. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'accord ne pourra être étendu. Il est primordial pour les branches de monter en gamme qualitativement sur la transparence et sur le « haut degré de solidarité ».

## Conférence

### Tour d'horizon des pratiques

*DR* : Suite à l'étude d'une vingtaine de branches on observe que 4 branches n'ont rien mis en place (seulement des garanties et des prestations), 3 ont une clause de référencement et 13 ont une clause de recommandation. Sur les référencements, on constate que 2 d'entre elles ont procédé à une sorte de mise en concurrence (la métallurgie et l'hospitalisation privée à but non lucratif). 2 des référencements contiennent des dispositions sur le « haut degré de solidarité » (l'automobile et l'hospitalisation privée à but non lucratif). Sur les 13 recommandations, on constate que la mise en concurrence a été faite par 100% des branches, dont 5 avant les décrets du 8 janvier 2015. Sur le « degré élevé de solidarité », on observe que certaines ont été étendues sans respecter les dispositions impératives du décret (les gardiens d'immeuble ou les entreprises de paysage), 4 sur 3 ne mentionnent pas le minimum de 2%, 3 sur 13 ne prévoient pas les prestations et 10 sur 13 respectent les 3 prestations prévues dans le décret (action sociale, solidarité et prévention). De même, dans certain cas, on note l'absence de pilotage du régime par la commission paritaire. De manière générale, on observe des variations fortes dans le paysage des régimes de branches.

*CMU* : Le « haut degré de solidarité », dans les accords les plus récents se traduit par le 2% minimum de financement pris sur la prime. La difficulté aujourd'hui sera de savoir comment le ministre va vérifier que les conditions sont remplies par rapport aux dispositifs proposés.

## Les participants

### Enquête de satisfaction

**97 %**

**estiment que l'intérêt et les apports des contenus de l'université sont excellents**

**99 %**

**pensent que les temps de partage et d'activités sont de qualité**

**98%**

**trouvent l'organisation générale de l'évènement excellente**

**98 %**

**jugent l'animation des conférences et les intervenants de qualité**

**100 %**

**trouvent l'ambiance et l'environnement agréable et convivial**

**99 %**

**ont apprécié le cadre de travail de l'université ADDING**

### Ce qu'en disent les participant-e-s

“ *Une première édition très enrichissante.  
Un cadre idéal et des débats de qualités*

“ *Je vous remercie tous vivement pour votre invitation, votre accueil et la qualité de cette première édition de l'Université de la protection Sociale de Branches Professionnelles.*

“ *Merci pour tout, vous nous avez régalez.  
Tout y était : la forme, le fond, les rencontres, le soleil, l'hôtel,  
la ponctualité, votre professionnalisme et votre sourire.  
Un grand moment !*

“ *Une vraie parenthèse d'échanges avec nos pairs !*

“ *Une première université au plus près de l'actualité des branches professionnelles.  
Des enseignements riches pour nos projets en cours et à venir.*



## Nous remercions nos partenaires

---



---

### CONTACT & INFORMATIONS

**Maud BORDET-ASTORRI** Responsable Marketing & Communication  
mbordet@adding.fr  
01 55 50 49 08

### UNIVERSITÉ CONÇUE ET ORGANISÉE PAR ADDING

ADDING est un acteur français référent du conseil en rémunération, avantages sociaux et communication. Au service des directions Ressources Humaines, des directions financières et des branches professionnelles, ADDING propose un éventail élargi d'expertises et de services : évaluations actuarielles, audits, stratégie globale en rémunération et avantages sociaux, conseil et outils logiciels. S'appuyant sur une combinaison d'experts juridiques, sociaux et en actuariat, ADDING se distingue par ailleurs par son approche novatrice de la communication RH, visant à favoriser la compréhension par tous des dispositifs de rémunération et avantages sociaux, pour en faire un levier fort de valorisation de la marque employeur.



Tél. +33 (0)1 55 50 49 00  
[contact@adding.fr](mailto:contact@adding.fr) | [www.adding.fr](http://www.adding.fr)  
Adding est une marque d'Addactis Group