

## CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRÉSTATIONS EN ESPÈCES ET BÉNÉFICIAIRES

### CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS

Nature de la prestation	Conditions d'immatriculation	Conditions minimales d'ouverture du droit
Frais de santé Maladie - maternité	Aucune	<b>Conditions relatives à la PUMA</b> Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la <b>prise en charge de ses frais de santé</b> .
<b>Maladie</b>  Indemnités journalières pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois en assurance maladie  Indemnités journalières pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois en assurance maladie	12 mois d'immatriculation au moins à la date d'interruption de travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Justifier de 150 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail ou</li> <li>avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 1 015 fois le SMIC au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt</li> <li>Justifier de 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils Ou</li> <li>avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 2 030 fois le SMIC au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt.</li> </ul>
<b>Indemnités journalières Maternité -paternité - accueil de l'enfant , adoption</b>  Les conditions d'ouverture du droit sont appréciées : <ul style="list-style-type: none"> <li>au début du 9<sup>e</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal ;</li> <li>en cas d'adoption, à la date du début du congé d'adoption ;</li> <li>en cas de congé de paternité, à la date du début de ce congé ;</li> </ul>	L'assuré doit justifier de 6 mois d'affiliation à la date présumée de l'accouchement, ou à la date du début du congé d'adoption ou à la date du début du congé de paternité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Justifier de 150 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédents ou</li> <li>avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 1 015 fois le SMIC au cours des 6 mois civils précédents</li> </ul>

**Suite du tableau**

Nature de la prestation	Conditions d'immatriculation	Conditions minimales d'ouverture du droit
Pension d'invalidité	12 mois d'immatriculation au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Justifier de 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils</li> <li>ou</li> <li>▪ avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 1 015 fois le SMIC au cours des 6 mois civils précédents</li> </ul>
Décès		Le versement du capital décès est ouvert si le défunt était dans l'une des situations suivantes pendant les 3 mois précédant son décès : exerçait une activité salariée ; percevait une indemnisation par Pôle emploi ; était titulaire d'une pension d'invalidité ou titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT/MP) correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 %.

**MAINTIEN DE DROIT**

La durée des périodes de maintien de droit aux prestations en espèces est fixée à 12 mois.

Articles R. 161-3 à R. 161-5, R. 381-78 du Code de la Sécurité sociale modifiés par Décret n° 2007-199 du 14 Février 2007

**Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale**

*"Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence et de séjour et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée pour les demandeurs d'emploi sur toute leur période d'indemnisation."*

**Article R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale**

*"Le délai prévu par l'article L. 161-8 pendant lequel le droit aux prestations en espèces est maintenu est fixé à douze mois."*

## DE LA CMU (COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE) À LA PUMA (PROTECTION MALADIE UNIVERSELLE), LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

### PUMA ET COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

#### Généralités

**Bénéficiaires. Assurés affiliés sur critère professionnel ou de résidence**

#### Cotisation PUMA

Une cotisation subsidiaire maladie (CSM) est mise en place pour certains assurés répondant à des critères de revenus professionnels et du capital.

Vous êtes redevable de cette cotisation si vous remplissez les 3 conditions suivantes :

- vous exercez une activité professionnelle en France ou vous avez une résidence stable et régulière en France pour le bénéfice de la prise en charge de vos frais de santé ;
- vous avez des revenus d'activités professionnelles (salariés ou non-salariés) exercées en France inférieurs à 8 798 € pour 2023 (soit 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale) ;
- vous avez des revenus de capital du patrimoine compris entre 21 996 € (soit 50 % du PASS) et 351 936 € (soit 8 fois le PASS).

Pour les couples remplissant les conditions 1 et 3, la cotisation subsidiaire maladie est due dès lors que chacun des deux membres du couple a un revenu d'activité professionnelle inférieur à 8 798 € pour 2023.

Si l'un ou l'autre membre du couple (personnes mariées ou liées à un partenaire par Pacs) a un revenu d'activité supérieur à 8 798 € pour 2023, les deux membres du couple sont exonérés de la cotisation subsidiaire maladie .

#### Principe général

Ne sont pas redevables de la cotisation subsidiaire maladie :

- les enfants mineurs (ayants droits dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France) ;
- les personnes assujetties au régime des cultes ;
- les personnes qui ont perçu une pension de retraite ou d'invalidité, rente ou une allocation de chômage au titre de l'année considérée ;
- les personnels des organisations internationales établies en France (Unesco, Cern, OCDE...) ou hors de France (ONU, OMS...) ;
- les frontaliers suisses, qui s'acquittent de la cotisation spécifique maladie des frontaliers suisses.

L'article L. 111-1 du Code de la Sécurité sociale qui fonde l'organisation de la sécurité sociale est donc modifié pour préciser que la sécurité sociale assure, outre la couverture des travailleurs contre les risques susceptibles de réduire ou supprimer leurs revenus, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que les charges de famille pour toute personne travaillant ou résidant de manière stable et régulière en France.

### Affiliation sur critère professionnel

Seraient donc affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale toutes les personnes qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

- une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme ou la nature ou la validité de leur contrat ;
- une activité professionnelle à l'étranger mais qui sont soumises à la législation française de sécurité sociale, en application des règlements européens ou des conventions internationales.

### Affiliation sur critère de résidence


Pour les affiliés sur critère de résidence, la condition de résidence stable et régulière serait une présence minimale de trois mois à l'ouverture du droit, puis de six mois par an lors du renouvellement du droit.

### La simplification et la continuité des droits pour les assurés

En pratique, dans la mesure où une personne travaille ou réside en France de manière stable et régulière, la protection universelle maladie lui garantit un droit à la prise en charge de ses frais de santé en simplifiant ses démarches. Il n'y aura plus de sollicitations pour apporter des justificatifs, parfois chaque année, pour faire valoir ses droits à l'assurance maladie.

De même, cette réforme permet de rester dans son régime d'assurance maladie (en dehors des régimes spéciaux), y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans les droits sont ainsi évitées.

En simplifiant le dispositif actuel et en réduisant à ces deux critères, professionnel ou de résidence, les conditions pour obtenir des droits, la réforme s'accompagne de nouvelles modalités de contrôle adaptées, en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire. Ces dernières devront ainsi se manifester auprès de l'assurance maladie afin de signaler leur départ à l'étranger, sans autre démarche administrative.

 Dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'assurance maladie - soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence - **le dispositif de la CMU de base n'a plus de raison d'être et est donc supprimé.**

### Montant de la cotisation due pour certains assurés

#### Publics concernés

Assurés bénéficiant de la prise en charge des frais de santé dans le cadre de la protection universelle maladie, autres que les pensionnés, les étudiants et les assurés ayant une activité professionnelle qui leur procure un revenu annuel supérieur au seuil fixé par la réglementation.

Le décret du 19 juillet 2016 n° 2016-979 fixe les conditions d'assujettissement à la cotisation PUMA, due par les assurés qui bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans le cadre de la protection universelle maladie, autres que les pensionnés, les étudiants et les assurés ayant une activité professionnelle qui leur procure un revenu annuel supérieur au seuil fixé par la réglementation. Il définit les règles d'assiette et de taux de cette cotisation.

## RISQUE DÉCÈS

---

### PRESTATIONS SÉCURITÉ SOCIALE

Le décès est l'un des risques les moins bien couverts par le régime de base de la Sécurité sociale : celle-ci peut verser :

#### CAPITAL DÉCÈS

Le capital-décès est versé par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

#### Les bénéficiaires du capital décès

##### *Les bénéficiaires prioritaires*

Les bénéficiaires prioritaires sont les personnes à charge, totale et effective de l'assuré au moment du décès, soit :

- le conjoint ou le partenaire du PACS (Pacte Civil de Solidarité) ;
- les enfants ;
- les ascendants ;
- le concubin ;
- toute autre personne à charge.

Ces personnes ont un mois à compter du décès pour faire valoir leur qualité de prioritaire.

Contrairement à la prévoyance, il n'est donc pas possible à l'assuré de choisir le bénéficiaire du capital décès versé par la Sécurité sociale. Le capital décès est versé à la suite du décès d'un assuré en activité, mais également d'un assuré indemnisé.

Cette prestation est également versée dans le cas d'un décès dans les 3 mois qui suivent la liquidation de la retraite de l'assuré.

##### *Les bénéficiaires non prioritaires*

Si dans un mois qui suit le décès, aucune priorité n'a été invoquée, le capital est attribué dans l'ordre de préférence suivant :

- au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait ou au partenaire du PACS ;
- ou à défaut, aux descendants ;
- ou à défaut aux ascendants.

Les bénéficiaires non prioritaires disposent d'un délai maximum de 2 ans, à compter de la date du décès, pour demander le capital décès.

##### *Le montant du capital décès*

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a modifié les règles relatives au calcul du capital décès.

Il est dorénavant égal à un montant forfaitaire fixé par décret et revalorisé chaque année.

Au **1<sup>er</sup> avril 2024**, ce montant est de **3 910 €**.

## L'ASSURANCE VEUVAGE

L'assurance veuvage garantit une allocation temporaire au conjoint survivant âgé de moins de 55 ans.

Elle est versée sous conditions de ressources, de statut matrimonial et de résidence.

- les ressources des 3 mois civils avant la demande ne doivent pas dépasser un plafond égal à 3,75 fois le montant maximum de l'allocation à cette date.

Le montant du plafond trimestriel au **1<sup>er</sup> janvier 2025** est de **2 674,38 €**.

Le montant de l'allocation veuvage est fixé à **713,17 €**. Ce montant peut être réduit en fonction des ressources.

Cette allocation est versée tant que le bénéficiaire remplit les conditions et au maximum pendant les deux années qui suivent le décès. Toutefois, lorsqu'au moment du décès, le conjoint survivant a atteint l'âge de 50 ans, la période de versement est prolongée jusqu'à ses 55 ans.

*Article L. 536-1 du Code de la Sécurité sociale*

## LA PENSION DE RÉVERSION

Le conjoint survivant et/ou l'ex-conjoint survivant peut prétendre à une pension de réversion qui correspond à 54% du montant de la retraite que percevait ou aurait perçu le conjoint décédé.

Le conjoint survivant et/ou l'ex-conjoint survivant doit avoir été marié avec l'assuré décédé.

Cette pension de réversion est attribuée sous conditions de ressources et d'âge : le conjoint survivant doit être âgé d'au moins 55 ans (pour les décès à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009).

*Articles L. 353-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale*

### Montant minimum revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Si le conjoint ou ex-conjoint justifiait de 15 ans (60 trimestres) de cotisations au régime général, le montant de la pension de réversion est au minimum de :

- **3 983,29€** par an, soit **331,94 €** par mois.

Si le défunt avait cotisé moins de 15 ans, ce montant minimum est réduit proportionnellement.

Ce montant minimum ne s'applique pas si le conjoint ou ex-conjoint percevait sa retraite sous forme de versement unique.

### Montant maximum revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Le montant de la pension de réversion ne peut pas dépasser :

- **12 717 €** par an, soit **1 059,75 €** par mois.

*Article D. 353-1 du Code de Sécurité sociale*

Pour percevoir une pension de réversion, les ressources annuelles ne doivent pas dépasser le montant suivant :

- **24 710,40 €** pour une personne seule ;
- **39 536,64 €** en couple.

*Articles D. 353-1-1 du Code de Sécurité sociale*

## RÉGIME AGIRC-ARRCO

Les régimes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO versent également une pension de réversion aux conjoints et ex-conjoints non remariés d'au moins 55 ans pour l'ARRCO et 60 ans pour l'AGIRC.

Lorsqu'un salarié ou retraité décède, appelé l'ouvrant droit, une fraction de sa retraite complémentaire est susceptible d'être versée à un ou plusieurs bénéficiaires, appelés ayants droit.

## CONTRAT DE PRÉVOYANCE TRADITIONNEL

---

Le régime prévoit la garantie d'un certain nombre de risques (exemple : décès et arrêt de travail uniquement) et pour chacun de ces risques un niveau de garantie déterminé ; ce niveau de couverture peut toutefois varier en fonction de la situation de famille (augmentation du capital décès en fonction du nombre d'enfants à charge).

Le régime proposé est identique pour tous les salariés et ne leur laisse aucun choix.

### EXEMPLE DE RÉGIME TRADITIONNEL

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel, limité aux tranche 1, tranche 2.

#### GARANTIES DÉCÈS (À TITRE D'EXEMPLE)

- **Décès ou invalidité 3<sup>e</sup> catégorie du salarié**
  - célibataire, veuf, divorcé sans enfants : 260 %,
  - marié sans enfant : 320 %,
  - assuré avec un enfant : 380 %,
  - majoration par enfant supplémentaire : 60 %.
- **Décès simultané ou postérieur du conjoint**
  - capital supplémentaire égal au capital décès initialement versé.

Des rentes éducation et de conjoint sous parfois proposées

#### Majoration décès accidentel

L'assurance prévoyance décès en entreprise peut comporter d'autres garanties comme une garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et, selon les cas, des garanties complémentaires comme les frais d'obsèques.

#### Prévoyance décès et invalidité - PTIA

La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) est associée à la garantie décès et est donc incluse dans les contrats de prévoyance décès et invalidité.

Cette garantie prévoit le versement du capital décès par anticipation si le salarié se trouve dans une situation de perte totale et irréversible d'autonomie

#### Garantie décès membre de la famille

Exemple : versement d'un capital en cas de décès du conjoint.

#### GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL (À TITRE D'EXEMPLE)

- **Incapacité**
  - franchise 60 jours,
  - franchise en relais de convention collective : l'employeur est tenu du fait de sa convention collective de compléter la perte de salaire en cas d'arrêt de travail : la prévoyance intervient à la fin du maintien intégral ou partiel du salaire par l'employeur,
  - indemnisation de 80 % du salaire annuel brut compris dans les tranche 1, tranche 2, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.
- **Invalidité**
  - indemnisation de 85 % du salaire annuel brut compris dans les tranche 1, tranche 2, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.

☞ La pension d'invalidité prendra fin au plus tard à 62 ans si l'invalidité n'exerce pas d'activité ou au plus tard à 67 ans s'il exerce une activité.

## CONTRAT À OPTIONS

---

### GÉNÉRALITÉS

L'objectif de ce type de contrat est de proposer aux salariés de choisir un bloc de garanties et de niveaux de couverture parmi plusieurs.

En matière de prévoyance "lourde", (exemple : couverture des risques décès et arrêt de travail), il est ainsi possible de prévoir une option privilégiant le versement d'un capital en cas de décès, une seconde option privilégiant le versement d'une rente de conjoint et une troisième mettant l'accent sur le versement d'une rente éducation pour les enfants.

En fonction de la situation familiale et matrimoniale telle ou telle option doit être privilégiée.

L'organisme assureur peut proposer un large choix de garanties annexes à la base obligatoire pour assurer des compléments de salaires et des rentes aux salariés tout en protégeant leurs ayants droit :

- décès accidentel Prédéces du conjoint ;
- frais d'obsèques ;
- rente éducation ;
- rente handicap ;
- rente de conjoint : 2 formules de rente (rente temporaire ou rente viagère) ;
- invalidité 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégories ;
- incapacité Temporaire de Travail (ITT) : plusieurs niveaux d'indemnités journalières et de franchises continues ou discontinues.

### UNE COUVERTURE ÉLARGIE EN PRÉVOYANCE FAVORISÉE PAR LES ACCORDS DE BRANCHE

La nouvelle édition du baromètre de la prévoyance collective du CTIP confirme le fort attachement des salariés et des employeurs au modèle de protection sociale complémentaire collectif négocié par les partenaires sociaux. L'étude met également en lumière leurs attentes pour des actions de prévention en entreprise et la légitimité des organismes complémentaires pour y répondre.

### LA COUVERTURE COLLECTIVE EN PRÉVOYANCE SANTÉ SE CONFIRME

En prévoyance, 94% des employeurs déclarent avoir mis en place au moins une garantie pour leurs salariés, contre 90% en 2021. La généralisation par le dialogue social se poursuit donc, marquée par le dynamisme de la négociation au niveau des branches. Les résultats pour les garanties en cas d'arrêts de travail (91% vs 85% en 2021) et d'invalidité (73% vs 66% en 2021) montrent également une amélioration significative.

En santé, 94% des salariés déclarent être couverts par une complémentaire santé collective. Pour la première fois depuis la généralisation de la complémentaire santé, les garanties les plus fréquemment mises en place sont désormais celles **négociées au sein de l'entreprise** et non plus le minimum prévu par la loi.



## LA NÉGOCIATION PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX EST PLÉBISCITÉE

Neuf employeurs sur dix estiment prépondérant le rôle des accords de branche négociés par les partenaires sociaux. Ils mettent en avant la **simplicité de mise en place** (27%), mais aussi la **solidarité** que ces accords instaurent entre tous les salariés (27%) ainsi que l'amélioration de l'**attractivité** du secteur (23%).

Les contrats collectifs, issus de ces accords de branche ou du dialogue social au sein des entreprises, sont plébiscités tant par les salariés que les employeurs. 88% des salariés et 93% des employeurs estiment que le contrat collectif permet de couvrir tous les salariés, sans distinction d'âge ou d'état de santé, et pour 82% des salariés et 93% des employeurs, cette couverture collective se fait de surcroît au meilleur coût. Enfin, les salariés (à 77%) comme les employeurs (à 73%) estiment que leurs représentants sont plus aptes à négocier une bonne couverture qu'un individu isolé.

Cette image positive de la négociation par les partenaires sociaux se reflète dans l'appréciation de la **gouvernance paritaire** : 76% des employeurs et 54% des salariés déclarent en avoir une bonne image. Près de la moitié des salariés et des employeurs estiment qu'elle permet la prise en compte des besoins des salariés, mais aussi que la décision qui en ressort est plus efficace car **coconstruite**.

## L'ENTREPRISE PLÉBISCITÉE COMME TERRITOIRE DE PRÉVENTION

Cette 15<sup>e</sup> édition du baromètre assoit la place de l'entreprise comme un **espace légitime de prévention** : les organismes complémentaires sont considérés comme légitimes par 80 % des salariés et 78% des employeurs pour proposer des services de prévention. C'est l'**amélioration de l'état de santé** qui arrive en tête pour les employeurs (72%) comme pour les salariés (76%), devant la **réduction des arrêts de travail** (citée par 50% des salariés et 42% des employeurs).

Interrogés sur le type d'actions à développer, 43 % des salariés citent en premier la **prévention des troubles musculosquelettiques** (TMS). À nuancer cependant : si cette prévention des TMS est considérée comme importante par les salariés des secteurs agricoles (54%) et par les ouvriers (48%), la gestion du stress et la prévention des risques psychosociaux sont quant à elles principalement citées par les salariés administratifs (47%), des services (43%) et par les cadres (45%).

## AIDE AUX AIDANTS : DES SOLUTIONS ATTENDUES

Les salariés sont 11% à se reconnaître comme aidants et se montrent à 75% intéressés par une garantie de prévoyance dans l'entreprise qui, moyennant cotisation mensuelle, leur permettrait de bénéficier d'**une aide financière en cas de besoin**. Enfin, si on interroge les salariés aidants sur les dispositifs qui leur seraient utiles au-delà des garanties financières, 36% citent en premier les **services d'aide à domicile**.

**Source AGRICA**

## NIVEAU DE LA COUVERTURE

La nouvelle édition du Baromètre de la prévoyance collective du CTIP, réalisée en collaboration avec l'IFOP, confirme le fort attachement des salariés et des employeurs au modèle de protection sociale complémentaire collectif négocié par les partenaires sociaux. L'étude met également en lumière leurs attentes pour la mise en place d'actions de prévention en entreprise et la légitimité des organismes complémentaires pour y répondre. Enfin, le baromètre interroge les besoins des salariés aidants en matière d'accompagnement et de soutien financier.

## LA PROGRESSION DE LA COUVERTURE COLLECTIVE EN SANTÉ ET EN PRÉVOYANCE DES SALARIÉS SE CONFIRME

En prévoyance, 94 % des employeurs déclarent avoir mis en place au moins une garantie pour leurs salariés, contre 90 % en 2021. La généralisation par le dialogue social se poursuit donc, marquée par le dynamisme de la négociation au niveau des branches. On note ainsi la mise en place de nouveaux régimes, notamment dans les branches des transports sanitaires et de l'industrie nautique. Les résultats pour les garanties en cas d'arrêts de travail (91 % vs 85 % en 2021) et d'invalidité (73 % vs 66 % en 2021) montrent également une amélioration significative.

En santé, 88 % des salariés déclarent être couverts par une complémentaire santé collective, que cela soit celle de leur entreprise (à 81 %) ou celle de leur conjoint (pour 6 % d'entre eux). Côté employeurs, 90 % déclarent avoir mis en place une complémentaire santé d'entreprise. Pour la première fois depuis la généralisation de la complémentaire santé, les garanties les plus fréquemment mises en place sont désormais celles négociées au sein de l'entreprise entre l'employeur et les salariés (46 %, +5 points) et non plus le minimum prévu par la loi (44 %, -3 points). Sur l'étendue de cette couverture, 69 % des employeurs déclarent que la complémentaire santé de leur entreprise couvre également au moins une autre personne, un chiffre stable par rapport à 2021 (62 %).

## UNE LARGE RECONNAISSANCE DES QUALITÉS DE LA PROTECTION SOCIALE COLLECTIVE NÉGOCIÉE ET GÉRÉE PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX

9 employeurs sur 10 estiment prépondérant le rôle des accords de branche négociés par les partenaires sociaux pour l'implantation de garanties de protection sociale complémentaire dans leur entreprise. Ils mettent en avant la simplicité de mise en place (27%), mais aussi la solidarité que ces accords instaurent entre tous les salariés (27 %) ainsi que l'amélioration de l'attractivité du secteur (23 %).

Les contrats collectifs, issus de ces accords de branche ou du dialogue social au sein des entreprises sont plébiscités tant par les salariés que les employeurs. Effectivement, 88 % des salariés et 93 % des employeurs estiment que le contrat collectif permet de couvrir tous les salariés, sans distinction d'âge ou d'état de santé, et pour 82 % des salariés et 85 % des employeurs, cette couverture collective se fait de surcroît au meilleur coût. Enfin, les salariés (à 77 %) comme les employeurs (à 73 %) estiment que leurs représentants sont plus aptes à négocier une bonne couverture qu'un individu isolé.

Cette image positive de la négociation par les partenaires sociaux se reflète dans l'appréciation de la gouvernance paritaire par les salariés et les employeurs. Interrogés sur celle-ci, 76 % des employeurs et 54 % des salariés déclarent en avoir une bonne image. On observe également que dans les entreprises de plus de 500 salariés, la quasi-totalité des employeurs (97 %) partagent cette opinion. Cette forte adhésion dans les grandes entreprises peut être attribuée à la présence significative d'instances paritaires, illustrant ainsi les vertus de ce mode de gestion.

Le baromètre met en évidence les qualités perçues de cette méthode : près de la moitié des salariés et des employeurs estiment qu'elle permet la prise en compte des besoins des salariés, mais aussi que la décision qui en ressort est plus efficace car co-construite (pour 29 % des salariés et 16 % des employeurs). Enfin 38 % des salariés mettent également en avant le caractère non lucratif de la gouvernance paritaire.

« Cette nouvelle édition de notre baromètre de la prévoyance collective confirme l'attachement des salariés et des employeurs au modèle collectif des institutions de prévoyance. Une protection sociale complémentaire négociée et gérée par les partenaires sociaux et adaptée en fonction des besoins de chaque secteur professionnel », déclare Dominique Bertrand, président du CTIP.

## L'ENTREPRISE PLÉBISCITÉE COMME TERRITOIRE DE PRÉVENTION

Cette 15<sup>e</sup> édition du baromètre assoit la place de l'entreprise comme un espace légitime de prévention : 87 % des salariés et 73 % des employeurs jugent important de développer des actions de prévention dans leur entreprise. Les organismes complémentaires sont considérés comme légitimes par 80 % des salariés et 78 % des employeurs pour proposer des services de prévention. Preuve supplémentaire que la santé est une préoccupation majeure des Français, c'est l'amélioration de l'état de santé qui arrive en tête pour les employeurs (72 %) comme pour les salariés (76 %), devant la réduction des arrêts de travail (citée par 50 % des salariés et 42 % des employeurs) comme intérêt principal de la prévention en entreprise. Interrogés sur le type d'actions à développer, 43 % des salariés citent en premier la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS). À nuancer cependant : si cette prévention des TMS est considérée comme importante par les salariés des secteurs agricoles (54 %) et par les ouvriers (48 %), la gestion du stress et la prévention des risques psychosociaux sont quant à elles principalement citées par les salariés administratifs (47 %), des services (43 %) et par les cadres (45 %).

« La clé d'un virage préventif réussi réside dans une prévention adaptée aux besoins de chacun. Les institutions de prévoyance, grâce aux liens privilégiés qu'elles entretiennent avec les entreprises et les branches professionnelles connaissent les besoins particuliers des salariés en fonction de leurs secteurs et sont ainsi les mieux placées pour faire de l'entreprise un territoire de prévention », explique Denis Laplane, vice-président du CTIP.

## AIDES AUX AIDANTS : DES SOLUTIONS ENCORE SOUS-UTILISÉES

En 2023, 15 % des salariés déclarent disposer d'une garantie de prévoyance face au risque d'aidance, quand 27 % des employeurs déclarent en avoir mis en place, contre 14 % en 2021. Pour ceux n'ayant pas souscrit à ce jour de garantie aidant pour leurs salariés, ils sont 47 % à ne pas savoir que les organismes complémentaires peuvent proposer de telles garanties.

Les salariés sont 11 % à se reconnaître comme aidant et se montrent à 75 % intéressés par une garantie de prévoyance dans l'entreprise qui, moyennant cotisation mensuelle, leur permettrait de bénéficier d'une aide financière en cas de besoin. Enfin, si on interroge les salariés aidants sur les dispositifs qui leur seraient utiles au-delà des garanties financières, 36 % citent en premier les services d'aide à domicile.

## À propos du Baromètre de la prévoyance collective

Le baromètre de la prévoyance collective a été lancé en 1999 par le CTIP. Mené tous les deux ans auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 entreprises et 1 000 salariés, il permet de réaliser la seule étude existante sur l'équipement en santé et en prévoyance des salariés français, tout en interrogeant leurs aspirations en la matière.

**Salariés :** échantillon de 1 005 salariés français du secteur privé, représentatif de cette population. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas sur les critères de sexe, d'âge, de catégorie socio-professionnelle, de secteur d'activité et de région d'habitation.

**Employeurs :** échantillon de 1 011 chefs d'entreprise ou DRH d'entreprises de minimum 1 salarié. Parmi les répondants, 485 travaillent dans des entreprises de 1 à 9 salariés, 229 de 10 à 49 salariés, 223 de 50 à 249 salariés, et 74 dans les entreprises de 250 salariés et plus (dont 43 de 250 à 499 salariés et 31 de 500 salariés ou plus). En dessous de 100 salariés, ce sont surtout des chefs d'entreprise qui ont été interrogés et au-delà de 100 salariés, des DRH.

La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas sur les critères de taille d'entreprise, de secteur et de région d'implantation.

## INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants.

Elles sont régies par les articles 931-1 et 931-2 du Code de la Sécurité sociale.

Issue de la concertation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés, la prévoyance paritaire est un acteur majeur de la protection sociale complémentaire mise en place dans les entreprises et les branches professionnelles.

En complétant les prestations servies par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, la prévoyance paritaire apporte plus de Sécurité, en ajoutant à la solidarité nationale, une solidarité complémentaire.

Plus de la moitié des salariés du secteur privé bénéficie d'au moins une garantie auprès d'une institution de prévoyance. Avec les ayants droit, ce sont plus de 20 millions de personnes qui sont couvertes par la prévoyance paritaire.

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes, de droit privé. Elles sont régies par le code de la Sécurité sociale et agréées par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Relevant des directives européennes " Assurance ", elles sont soumises aux mêmes règles techniques que toute entreprise d'assurance.

Ces institutions ont pour objet :

- de contracter, envers leurs participants, des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, de s'engager à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ou de faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation et de contracter à, cet effet, des engagements déterminés ;
- de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;
- de couvrir le risque chômage.

Ces institutions de prévoyance, sont pour la plupart issues des groupe de protection sociale qui gèrent les retraites complémentaires AGIRC-ARRCO comme par exemple : Pro BTP, AGRR -la mondiale, et bien d'autres

## UNE GESTION PARITAIRE

Les institutions de prévoyance se différencient des autres intervenants de la prévoyance collective par la gestion paritaire. Créées par accord entre les partenaires sociaux, elles fonctionnent sur la base d'une égalité de représentation entre ces derniers. Les représentants des employeurs et des salariés veillent directement à la mise en œuvre et à la gestion des garanties pour le compte des entreprises et des salariés, qui sont ainsi impliqués dans les questions qui les concernent.

### Trois types d'institutions

#### *Les institutions professionnelles*

Constituées par la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif, leur champ d'intervention s'étend à une branche professionnelle, à une profession ou à une catégorie professionnelle.

#### *Les institutions interprofessionnelles*

Créées par délibération concordante des représentants des entreprises adhérentes et des représentants de leurs salariés, leur champ d'intervention est ouvert à plusieurs branches professionnelles, professions ou entreprises.

#### *Les institutions d'entreprise*

Elles sont issues de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif, ou de la ratification d'un projet de l'employeur par les salariés.

## Groupes de protection sociale

Les trois quarts des institutions de prévoyance appartiennent à des groupes de protection sociale, dont le métier peut aller de la retraite complémentaire à la prévoyance et à l'épargne. Ces groupes simplifient les démarches des entreprises en leur permettant de trouver plusieurs services auprès d'un même interlocuteur. Plus de 700 implantations régionales assurent la proximité avec les entreprises et les salariés.

### Liste des groupes de protection sociale par groupe de protection sociale d'appartenance

*Par groupe de protection sociale d'appartenance*

#### AG2R LA MONDIALE

- AG2R PRÉVOYANCE
- ARPEGE PREVOYANCE

#### AGRICA

- CCPMA PRÉVOYANCE
- CPCEA

#### APICIL

- A2VIP
- APICIL PRÉVOYANCE

#### AUDIENS

- AUDIENS SANTE PRÉVOYANCE

#### BTPR

- CRP-BTP

#### CRC

- CAISSES RÉUNIONNAISES DE PRÉVOYANCE

#### IRCEM

- IRCEM PRÉVOYANCE

#### IRP AUTO

- IRP AUTO IÉNA PRÉVOYANCE
- IRP AUTO PRÉVOYANCE SANTÉ

#### KLÉSIA

- CARCEPT PRÉVOYANCE
- IPRIAC
- KLÉSIA PRÉVOYANCE

#### LOURMEL

- CARPILIG PRÉVOYANCE

## OBLIGATION D'INFORMATION

---

### OBLIGATION LÉGALE D'INFORMATION DE L'ENTREPRISE

L'employeur, en sa qualité de souscripteur du contrat d'assurance, est débiteur d'une obligation d'information renforcée à l'égard de ses salariés.

#### ARTICLE 12 DE LA LOI ÉVIN DU 31 DÉCEMBRE 1989

*«Le souscripteur d'une convention ou d'un contrat conclu avec un organisme appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article 1<sup>er</sup> de la présente loi, en vue d'apporter à un groupe de personnes une couverture contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, **est tenu de remettre à l'adhérent une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par la convention ou le contrat et leurs modalités d'application.***

***Le souscripteur est également tenu d'informer préalablement par écrit les adhérents de toute réduction des garanties prévues à l'alinéa précédent».***

#### LA NOTICE D'INFORMATION

La réglementation impose donc que l'entreprise souscriptrice soit pleinement informée de la mesure des engagements de l'assureur. L'information due par l'assureur se matérialise notamment par l'élaboration d'une notice d'information, différente à la fois du contrat d'assurance mais également du document juridique instituant le régime de l'entreprise, ainsi que par l'information annuelle sur les comptes. L'information doit également être faite en préalable à la signature du contrat.

Le législateur fait reposer sur l'entreprise l'obligation d'information des salariés assurés :

- ***l'entreprise est tenue de remettre aux salariés une notice d'information précise, que le régime soit à adhésion obligatoire ou facultative, lors de la mise en place du contrat et lors de toute modification.***

L'obligation d'établissement et de remise de la notice s'appliquent, quel que soit l'organisme assureur. (société d'assurances, Institution de Prévoyance et Mutuelles)

#### Article L. 141-4 du Code des assurances

*Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 art. 1 III - JO du 27 juillet 2005*

*« Le souscripteur est tenu :*

- *de remettre à l'adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;*
- *d'informer par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.*

*La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur. L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.*

*Toutefois, la faculté de dénonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat.*

*Les assurances de groupe ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt et qui sont régies par des lois spéciales ne sont pas soumises aux dispositions du présent article. »*

### **Article L. 132-5-3 du Code des assurances**

*Modifié par Ordonnance n° 2017-1433 du 4 octobre 2017 - article 6*

*Pour les contrats d'assurance de groupe sur la vie mentionnés à l'article L. 141-1 comportant des valeurs de rachat ou de transfert, lorsque le lien qui unit l'adhérent au souscripteur ne rend pas obligatoire l'adhésion au contrat, la notice remise par le souscripteur inclut, outre les informations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 141-4, celles contenues dans la note mentionnée à l'article L. 132-5-2. L'encadré mentionné au premier alinéa de l'article L. 132-5-2 est inséré en début de notice. Lors de l'adhésion, le souscripteur doit remettre à l'adhérent le modèle de rédaction mentionné au troisième alinéa de l'article L. 132-5-2. Il communique à l'adhérent la mention visée au quatrième alinéa du même article ainsi que, dans les conditions définies au même article, les valeurs de rachat ou de transfert. La faculté de renonciation s'exerce conformément aux articles L. 132-5-1 et L. 132-5-2.*

*La notice doit indiquer l'objet social et les coordonnées du souscripteur.*

*La notice précise que les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants auxdits contrats. Les modalités d'adoption de ces avenants par le souscripteur sont communiquées par ce dernier à l'adhérent.*

*Le souscripteur est tenu de communiquer, chaque année, à l'adhérent les informations établies par l'entreprise d'assurance et mentionnées à l'article L. 132-22.*

### **Article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale**

*« L'institution de prévoyance établit une notice qui définit les garanties souscrites par contrat ou par adhésion à un règlement et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.*

*L'adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant.*

*Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'adhérent est également tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'institution.*

*La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relatives aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent ».*

### **Article L221-6 du Code de la mutualité**

*« Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle ou l'union établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Ces clauses ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents.*

*L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle ou de l'union à chaque membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants par avenant au contrat collectif signé dans les conditions prévues au II de l'article L. 221-5, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle ou par l'union. Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.*

*Toutefois, la faculté de renonciation n'est pas ouverte aux membres participants qui sont couverts par une mutuelle ou une union en application des dispositions de l'article L. 221-3.*

*La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.*

*Les opérations collectives à adhésion facultative ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt ne sont pas soumises aux dispositions du présent article. »*



## CONTRIBUTIONS EMPLOYEURS SUR LES COTISATIONS PATRONALES DE PRÉVOYANCE

---

### ASSIETTE DE COTISATIONS DE LA CSG ET DE LA CRDS

Sur les revenus d'activité salariée, les taux sont fixés à :

- 9,20 % pour la CSG dont 6,80 % déductibles de l'impôt sur le revenu (par rapport au salaire net à payer, la part de CSG non déductible de 2,40 % et la CRDS s'ajoutent pour déterminer le salaire net fiscal) ;
- 0,50 % pour la CRDS ;
- les contributions des employeurs au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles destinées à financer :
  - les régimes complémentaires de retraite à affiliation légalement obligatoire ARRCO, AGIRC notamment (à hauteur de la part patronale telle qu'elle résulte des dispositions légales, réglementaires ou des accords nationaux interprofessionnels régissant ces régimes. La fraction excédentaire est assujettie,
  - les régimes de retraite supplémentaire à prestations définies (retraites dites chapeaux),
  - l'obligation de maintien de salaire incombant à l'employeur en application de la loi sur la mensualisation ou d'un accord collectif ;
- les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'arrêt de travail au prorata de la participation patronale.

*Extrait du site de l'URSSAF*

### ABATTEMENT POUR FRAIS PROFESSIONNELS

Il est opéré sur le montant brut des traitements, indemnités et salaires, une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 1,75 % de ce montant.

*Article L. 136-2 du Code de la Sécurité sociale*

Cette réduction est toutefois limitée à un montant brut correspondant à des salaires inférieurs ou égaux à quatre fois la valeur du plafond annuel de Sécurité sociale (**188 400 € en 2025**).

### LES CONTRIBUTIONS PATRONALES DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE ET PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

La CSG porte également sur les cotisations patronales (ou du comité d'entreprise) à un régime de prévoyance complémentaire ou de retraite supplémentaire à cotisations définies.

Par contre, depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 (24/08/2003), les cotisations patronales de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO) et de retraite supplémentaire (régime à prestations définies) sont exonérées de CSG.

Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance sont les contributions finançant des prestations complémentaires à celles servies par les régimes de base de Sécurité sociale à affiliation légalement obligatoire destinées à couvrir les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accident du travail et maladie professionnelle.

Sont également assimilées à des contributions de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance, les contributions destinées au financement de prestations dépendance au profit du salarié ou de son conjoint.



## **PARTICIPATION PATRONALE AU FINANCEMENT DU MAINTIEN DE SALAIRE**

Dans plusieurs arrêts du 23 novembre 2006, la Cour de cassation a précisé la nature des primes versées par les entreprises à des organismes assureurs en vue d'assumer l'obligation de maintien de salaire qui lui incombe en application de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 rendu obligatoire par la loi de mensualisation du 19 janvier 1978 ou en vertu d'une disposition d'un accord collectif ayant le même objet. Ces primes ne constituent pas des contributions au financement de régimes de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés. En effet, ces primes n'ont pas pour objet de conférer un avantage supplémentaire au salarié. Elles ne doivent donc pas entrer dans l'assiette de la CSG et de la CRDS.

En conséquence, la Direction de la Sécurité sociale, par circulaire du 23 février 2007, précise que ces primes :

- ne doivent pas être prises en compte pour apprécier les limites d'exonération de cotisations sociales ;
- ne doivent pas être assujetties à CSG et CRDS.

Seule la part de la contribution finançant les indemnités journalières pendant la durée fixée par la loi de mensualisation ou l'accord collectif est exonérée.

*Circulaire DSS/5B/2007/77 du 23 février 2007*

*Circulaire ACOSS 2007-058 du 19 mars 2007*

## **PARTICIPATION PATRONALE FINANÇANT LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE AU PROFIT D'UN ANCIEN SALARIÉ RETRAITÉ**

Les sommes versées par l'employeur à une mutuelle pour ses anciens salariés partis à la retraite constituent un complément de pension de retraite, peu important qu'elles soient payées directement à la mutuelle pour exonérer les bénéficiaires d'une partie de leur cotisation ou aux anciens salariés eux-mêmes.

À ce titre, ces contributions sont soumises :

- à la cotisation d'assurance maladie, précomptée au taux de 1 % ;
- aux contributions CSG & CRDS, sans abattement, aux taux fixés pour les revenus de remplacement (8,30 % de CSG et 0,50 % de CRDS) et selon la situation du bénéficiaire (exonération de CSG/CRDS ou application du taux réduit de CSG) pendant la période de maintien obligatoire au titre de l'ANI.

*Circulaire ACOSS 2011-36 du 24 mars 2011 QR 21*

En Alsace-Moselle une cotisation d'assurance maladie supplémentaire de 1,3 % est appliquée.