

## QUELQUES DÉFINITIONS ACTUELLES

Les couvertures de prévoyance complémentaire se sont développées dans l'entreprise en France à compter du 19<sup>e</sup> siècle, pour apporter aux salariés des avantages complémentaires au salaire, dans le but de les fidéliser.

Seuls bénéficiaient d'une couverture décès ou maladie les salariés de quelques branches ayant conduit des négociations spécifiques, ou les salariés d'entreprises ayant mis en place une politique sociale développée.

À partir de la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la création de la Sécurité sociale permet à chaque salarié et à ses ayants droit de bénéficier d'une couverture minimale.

À partir de ce minimum, chaque entreprise reste libre de proposer une couverture complémentaire, afin de combler les lacunes ou les insuffisances du régime légal.

Dans de nombreuses branches d'activités une couverture de prévoyance complémentaire a été négociée dans le cadre de la convention collective et rendue obligatoire pour toutes les entreprises de la branche d'activité.

La principale limite sera le plus souvent celle du coût du régime (coût des garanties et impact en termes fiscaux et sociaux). Chaque salarié reste également libre de se couvrir, à titre individuel, contre les risques qu'il aura choisis.

Lorsque l'entreprise met en place un régime de prévoyance complémentaire, elle contracte un engagement auprès de ses salariés, qui est de nature sociale et financière. Dans ce cas, et sauf régimes spécifiques (exemple : celui d'Électricité de France), l'entreprise ne peut s'auto-assurer : elle doit faire appel à un organisme assureur qui couvrira son passif social, en reprenant à son compte (et à sa charge financière), tout ou partie des engagements pris par l'entreprise.

### ***La prévoyance en entreprise est aujourd'hui un ensemble composé de trois niveaux***

#### ▪ **Premier niveau : le régime obligatoire**

La Sécurité sociale. Tous les salariés bénéficient de ses prestations en cas de décès et d'arrêt de travail invalidité ainsi que pour ce qui concerne le remboursement des frais médicaux ;

#### ▪ **Deuxième niveau : les obligations légales de l'employeur**

Intervention du législateur :

▪ **Obligation pour l'employeur de maintenir le salaire en cas de maladie ou accident** (article L. 1226-1 du Code du travail). Cette obligation est issue de l'ANI de mensualisation du 10/12/1977, modifié par l'ANI du 11/01/2008 ;

▪ La loi impose aux entreprises de mettre en place à titre obligatoire un niveau minimal de garanties d'assurance complémentaire santé au profit de leurs salariés (Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, validé par la **Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi**).

#### ▪ **Troisième niveau : les obligations conventionnelles :**

Les entreprises, employant des cadres ou des assimilés cadres (articles 4 et 4 bis de la convention collective Nationale des Cadres de 1947) ainsi que les VRP relevant de l'AGIRC, sont tenues de verser une cotisation patronale en vue d'assurer aux bénéficiaires une couverture complémentaire en cas de décès.

La Convention Collective Nationale des Cadres de 1947, fait obligation aux entreprises de cotiser à hauteur de 1,5 % du salaire du cadre, plafonnée à la tranche A, à un régime prévoyant la couverture d'avantages décès pour au moins 50 % de cette cotisation.

A noter que la notion d'encadrement repose essentiellement sur la convention fondatrice en 1947 de l'Agirc, l'ancien régime de retraite complémentaire spécifique des cadres qui a fusionné le 1<sup>er</sup> janvier dernier avec l'Arrco. Un ANI (accord national interprofessionnel) du 17 novembre 2017 tire les conséquences de cette fusion en reprenant , pour l'instant les règles issues de la convention collective de l'AGIRC du 14 mars 1947.

De nombreuses branches comportent des dispositions relatives à la protection sociale complémentaire.

### ***La prévoyance collective dans l'entreprise***

Un mécanisme de prévoyance collective consiste en la couverture par un tiers d'un risque social d'une manière organisée et collective et non plus seulement individuelle.

Les objectifs de la prévoyance collective mise en place dans l'entreprise sont de combler l'insuffisance des prestations offertes par la Sécurité sociale et d'offrir aux salariés et à leur famille une protection sociale d'un niveau correct.

L'entreprise constitue un cadre favorable à l'accueil de ces régimes, car un système collectif présente de nombreux avantages par rapport à une assurance individuelle, notamment d'un point de vue tarifaire.

De plus, la prévoyance est devenue une des composantes de la rémunération. À ce titre, elle se négocie et fait partie intégrante du dialogue social.

Instrument de la politique sociale de l'entreprise, la prévoyance rend la communication indispensable afin de :

- répondre aux besoins des salariés en matière d'informations précises sur leur protection sociale ;
- permettre aux entreprises ayant mis en place un système compétitif de le faire connaître aux salariés.

## 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<br>Maladie - maternité  | Aucune  | <b>Conditions relatives à la PUMA</b><br>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><br><br>Indemnités journalières pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois en assurance maladie<br><br>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<br/>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<br/>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<br/>Maternité -paternité -<br/>accueil de l'enfant , adoption</b><br><br>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<br/>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  |
|---------------------------------------|--|--|
| Frais de santé<br>Maladie - maternité | Aucune   | <b>Conditions relatives à la PUMA</b><br>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> .   |
| 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 :<br>exerçait une activité salariée ;<br>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."*



## ASSURANCE MALADIE – PRESTATIONS EN ESPÈCES

### INCAPACITÉ DE TRAVAIL - (ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE)

#### Conditions d'ouverture du droit

##### **Pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois**

L'assuré doit justifier :

- avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail ;
- ou
- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail.

*Article R. 313-3 du Code de la Sécurité sociale  
Décret n° 2017-736 du 3 mai 2017 - article 1*

##### **Pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois**

L'assuré doit justifier :

- avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois ;
- ou
- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

L'assuré doit également être immatriculé depuis au moins 12 mois au 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail

#### Montant de vos indemnités journalières

L'indemnité journalière que l'assuré percevra pendant son arrêt de travail est égale à 50 % de son salaire journalier de base. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts (= salaires soumis à cotisations) des 3 derniers mois travaillés précédant son arrêt de travail, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur (**3 180,46 € au 1<sup>er</sup> janvier 2024**).

Par exemple : sur la base d'un salaire journalier de **75 €**, l'indemnité journalière sera de **37,50 €** par jour.

Par exemple : sur la base d'un salaire journalier de **75 €**, l'indemnité journalière sera de **50 €**.

| Montant maximum de l'indemnité journalière maladie au 1 <sup>er</sup> janvier 2024 |         |
|--|---------|
| Indemnité journalière maladie normale  | 52,28 € |

### **Un délai de carence de trois jours**

Pendant les trois premiers jours de l'arrêt de travail, les indemnités journalières ne sont pas versées, c'est ce que l'on appelle le délai de carence. En principe, le délai de carence s'applique au début de chaque arrêt de travail.

Toutefois, lorsque, à la suite d'une reprise de travail à l'issue d'un premier arrêt de travail, un nouvel arrêt de travail survient dans les 48 heures qui suivent la reprise, le second arrêt est considéré comme une rechute. Il n'est pas fait application d'un nouveau délai de carence.

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection longue durée, un seul délai de carence est appliqué par période de 3 ans.

### **Durée d'attribution**

La durée maximale est de 360 indemnités journalières au cours de 3 années consécutives.

Sauf en cas de maladie de longue durée, les indemnités journalières peuvent être versées pendant une période de 3 ans calculée de date à date. Un nouveau délai de 3 ans ne peut courir que si l'assuré a repris son travail pendant au moins un an sans interruption.

La durée d'indemnisation peut être augmentée d'une année en cas de temps partiel thérapeutique

### **Des indemnités journalières soumises aux prélèvements sociaux et à l'impôt sur le revenu**

La caisse d'Assurance Maladie verse les indemnités journalières tous les quatorze jours. Elle adresse en même temps un relevé.

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux :

- 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée (ALD).

Le montant des indemnités imposables est pré-imprimé dans les cases 1AJ à 1DJ de la déclaration d'ensemble des revenus n° 2042.

## LOIS ET DÉCRETS

---

### TEXTES

#### LOI N° 89-1009

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contre certains risques est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006075150&dateTexte=20160616>

#### DÉCRET N° 90-768

Le décret n° 90-768 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 7 et 29-V de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000717655&idArticle=LEGIARTI000006775093>

#### DÉCRET N° 90-769

Le décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contre certains risques est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000350253>

#### LOI N° 94-678

La loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire des salariés et portant transposition des directives n° 92-49 et n° 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du conseil des communautés européennes est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000530328>

#### DÉCRET N° 96-800

Le décret n° 96-800 du 9 septembre 1996 relatif aux opérations des institutions de prévoyance et à leur contrôle et modifiant le Code de la Sécurité sociale est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195054&dateTexte=20170205>

#### ARRÊTÉ DU 24 DÉCEMBRE 2010

L'arrêté du 24 décembre 2010 fixant les règles de provisionnement des garanties d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023317870>

#### DÉCRET N° 2012-25 DU 9 JANVIER 2012

Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025129853&categorieLien=id>

### **ARRÊTÉ DU 26 MARS 2012**

L'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025824281&categorieLien=id>

### **CIRCULAIRE N°DSS/SD5B/2013/344 DU 25 SEPTEMBRE 2013**

La circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire est disponible sur internet sous la référence suivante :

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/10/cir\\_37507.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/10/cir_37507.pdf)

### **LETTRÉ CIRCULAIRE ACOSS N° 20140000002, DU 4 FÉVRIER 2014**

Elle apporte des précisions quand à l'interprétation du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif aux contributions employeur destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance et est disponible sur internet sous la référence suivante :

<http://revuefiduciaire.grouperf.com/plussurlenet/complements/circACOSS2014-02%202014-02-04.pdf>

### **DÉCRET N° 2014-786 DU 8 JUILLET 2014**

Le décret précise les modalités selon lesquelles les dispositifs collectifs et obligatoires de protection sociale complémentaire peuvent prévoir des catégories distinctes de bénéficiaires ou des facultés de dispense d'affiliation et est disponible sur internet sous la référence suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029213746&categorieLien=id>

### **CIRCULAIRE DSS/SD2A/SD3C/SD5D N° 2015-30 DU 30 JANVIER 2015**

La circulaire vient apporter des précisions relatives au nouveau contrat responsable suite à la publication tardive du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le même sujet et est disponible sur internet sous la référence suivante :

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/02/cir\\_39195.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/02/cir_39195.pdf)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029777871&categorieLien=id>

### **LETTRÉ CIRCULAIRE ACOSS N° 2015-0000045 DU 12 AOÛT 2015**

Lettre explicative sur les contributions des employeurs destinées au financement des prestations Complémentaires de retraite et de prévoyance Respect du caractère collectif et obligatoire : apports du décret n° 2014786 du 8 juillet 2014 et est disponible sur internet sous la référence suivante :

[https://www.urssaf.fr/portail/files/live/sites/urssaf/files/Lettres\\_circulaires/2015/ref\\_LCIRC-2015-0000045.pdf](https://www.urssaf.fr/portail/files/live/sites/urssaf/files/Lettres_circulaires/2015/ref_LCIRC-2015-0000045.pdf)

### **QUESTIONS/RÉPONSES DSS DU 29 DÉCEMBRE 2015**

Il s'agit d'un Q/R rédigé à destination des URSSAF relatif aux contributions employeur destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, suite à la publication de la Loi de financement de sécurité sociale pour 2016 qui a modifié les règles concernant les régimes obligatoires et collectifs et est disponible sur internet sous la référence suivante :

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dss\\_-\\_instruction\\_-\\_qr\\_generalisation\\_complementaire\\_sante.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dss_-_instruction_-_qr_generalisation_complementaire_sante.pdf)

## 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 2024** est de **2 616,825 €**.

Le montant de l'allocation veuvage est fixé à **697,82 €**. 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 2024

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 :

- **3 897,55€** par an ;
- **324,79 €** 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 2024

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

- **12 519,36 €** par an ;
- **1 043,28 €** 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 :

- **24 232 €** pour une personne seule ;
- **38 771,20 €** en couple.

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

## ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION DUE AUX ÉVOLUTIONS DU RÉGIME DE BASE

Les prestations proposées sont souvent définies par rapport à celles offertes par ce régime de base.

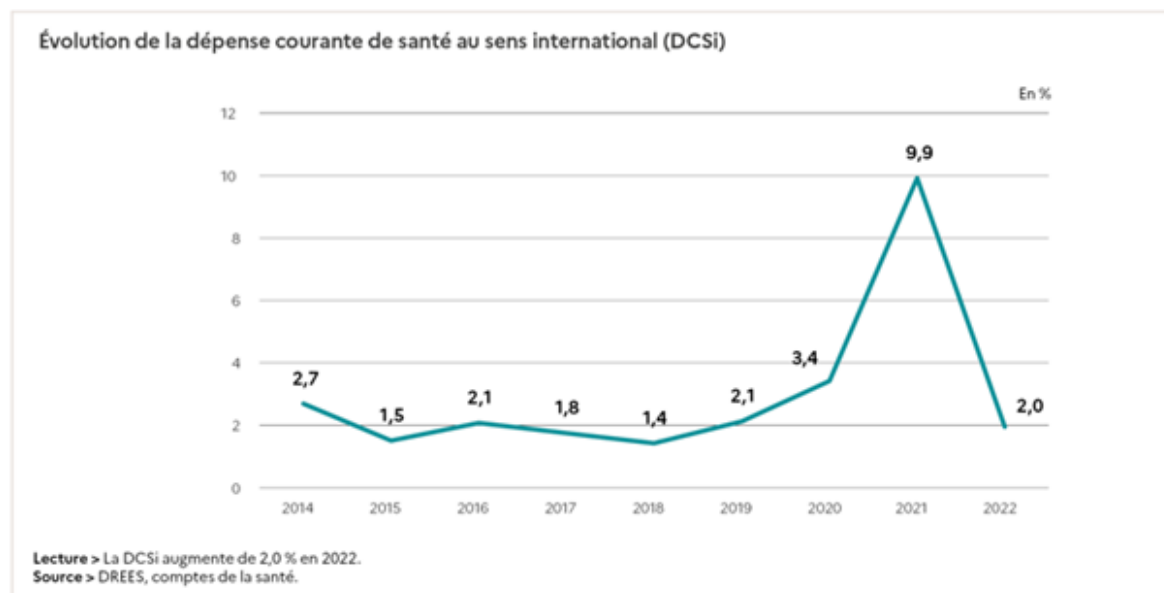
Par ailleurs, l'établissement de sa tarification par l'assureur tient compte de données actuarielles et statistiques relatives à la population assurée, mais également de données fiscales et de taxation impactant sa propre rentabilité.

L'évolution des données concernant la Consommation Médicale Totale (CMT) peut ainsi servir d'outil d'indexation pour la tarification d'un contrat frais de santé. De même, l'évolution de la taxation relative aux contrats d'assurance peut également avoir un impact sur l'évolution de la tarification du contrat.

Les contrats de frais de soins peuvent contenir une clause par laquelle l'organisme assureur se réserve la possibilité de modifier les conditions des garanties proposées (tarification et modalités de versement des prestations), si les conditions prévues par le régime général de la Sécurité sociale devaient évoluer.

## ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

En France, le reflux progressif de l'épidémie de Covid-19 au cours de l'année 2022 conduit à un ralentissement des dépenses de santé mesurées par la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Cet agrégat, qui recouvre la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) mais également les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance du système de santé, s'élève à 313,6 milliards d'euros, soit 4 600 euros par habitant. En 2022, la DCSi ralentit fortement (+2,0 % après +9,9 %, graphique 1) en raison de la baisse des dépenses de lutte contre la crise sanitaire, qui atteignent 8,8 milliards d'euros en 2022 après 18,1 milliards en 2021. Ce sont surtout les mesures exceptionnelles à destination des établissements de santé qui ont fortement diminué, tandis que le coût des campagnes de vaccination et de dépistage, en baisse également, demeure à un niveau élevé.



La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), principale composante de la DCSi et agrégat historique des comptes de la santé, regroupe l'essentiel des dépenses liées aux soins courants mais exclut les dépenses de prévention (par exemple les dépenses de vaccination), les soins de longue durée et les dépenses de gouvernance. Elle s'élève à 235,8 milliards d'euros en 2022, soit 8,9 % du PIB. Cette composante des dépenses de santé comprend les soins hospitaliers (y compris en clinique), les soins de ville (médecins, infirmiers, laboratoires, etc.), les médicaments, les autres biens médicaux et les transports sanitaires. Cette dépense représente en moyenne près de 3 475 euros par habitant.

**En 2022, la CSBM ralentit mais demeure dynamique : elle augmente de 3,9 % en valeur** (après +7,8 % en 2021). Cette hausse s'explique en particulier par le prix des soins hospitaliers et les volumes de ventes de médicaments. Alors que le volume d'activité hospitalière se réduit de nouveau en 2022 et reste inférieur au niveau atteint avant la crise liée au Covid-19 (-3,6 % par rapport à 2019), le prix des soins hospitaliers s'est fortement accru depuis 2019 (+23 % entre 2019 et 2022, après une quasi-stabilité depuis 2010), notamment sous l'effet des hausses de rémunérations. La consommation de médicaments en ambulatoire augmente pour la deuxième année consécutive (+5,3 % en valeur après +4,3 % en 2021), en raison d'une augmentation en volume particulièrement élevée, soutenue par une forte progression des dépenses dans quelques classes thérapeutiques spécifiques ; les prix des médicaments vendus en ambulatoire, eux, continuant de baisser. Après avoir fortement augmenté en 2021, les dépenses des trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (optique médicale, audioprothèses et prothèses dentaires) se stabilisent en 2022.

**La consommation de soins hospitaliers (publics et privés) augmente fortement en valeur pour la troisième année consécutive (+4,3 % en 2022 après +6,7 % en 2021 et +6,2 % en 2020).** En 2020 et 2021, ce dynamisme s'expliquait par la hausse des rémunérations des personnels et par les surcoûts liés à la lutte contre le Covid-19. À l'hôpital public, la baisse des dépenses liées à la crise sanitaire est plus que compensée en 2022 par la hausse des salaires, du fait de la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique et les mesures exceptionnelles de soutien à l'attractivité dans le secteur public (mission « flash » sur les urgences, revalorisation des gardes et astreintes). Ces différentes mesures contribuent à l'augmentation soutenue des prix des soins hospitaliers ; leur hausse atteint 23 % entre 2019 et 2022, alors qu'ils ont été globalement stables depuis 2010. En volume, alors qu'elle avait rebondi en 2021, l'activité hospitalière se réduit à nouveau en 2022 et reste inférieure au niveau atteint avant la crise liée au Covid-19 (-3,6 % par rapport à 2019).

**La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes progresse de nouveau en 2022 :** +3,8 % pour les généralistes et +4,1 % pour les spécialistes. En volume, les soins des généralistes dépassent leur niveau d'avant crise ; pour les spécialistes, l'activité avait déjà retrouvé ce niveau en 2021.

**La consommation de médicaments en ambulatoire augmente de nouveau fortement en 2022 (+5,3 % après +4,3 %), après une baisse continue entre 2014 et 2020.** Les prix des médicaments continuent de baisser, en raison notamment de l'augmentation des remises conventionnelles. En volume, la consommation de médicaments continue de progresser : +9,0 % entre 2021 et 2022 après +7,8 % entre 2020 et 2021 ; celle-ci est particulièrement marquée pour certaines classes thérapeutiques spécifiques, notamment les traitements du cancer et de la mucoviscidose ainsi que les immunosuppresseurs.

**En 2022, les ménages prennent en charge 7,2 % de la CSBM ;** cette part est quasiment stable par rapport à 2021 (+0,1 point). Le reste à charge des ménages augmente dans tous les secteurs, à l'exception des postes du 100 % santé. La crise sanitaire a fortement modifié la composition de la CSBM, entraînant, parallèlement, une modification importante de la structure du financement de la CSBM, car les dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire ont en majorité été prises en charge par les administrations publiques. En 2022, la part de la CSBM financée par les administrations publiques reste stable autour de 80 %, à un niveau supérieur à celui d'avant crise. L'essentiel de ce financement provient de la Sécurité sociale, le financement direct par l'État étant devenu résiduel depuis le transfert, en 2021, des dépenses de la complémentaire santé solidaire (CSS) de l'État vers l'Assurance maladie. La part des organismes complémentaires est quasi stable en 2022 (-0,1 point) pour s'établir à 12,6 %. Le reste à charge (RAC) des ménages augmente de 0,1 point en 2022 pour s'établir à 7,2 % de la CSBM. Dans les trois secteurs ciblés par la réforme du 100 % santé, les parts de dépenses financées par les ménages diminuent, tout en demeurant supérieures au taux moyen de reste à charge calculé sur l'ensemble des dépenses de santé.

**La dépense courante de santé au sens international (DCSi) continue d'augmenter dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE en 2022. Néanmoins, en raison de la reprise de l'activité, la part des dépenses dans le PIB diminue.** Parmi les pays de l'OCDE, c'est aux États-Unis que ces dépenses sont les plus élevées : elles atteignent 18,2 % du PIB, contre 11,9 % en France. Elles s'établissent à 12,6 % du PIB en Allemagne et à 11,3 % au Royaume-Uni. Si on tient compte des différences de pouvoir d'achat dans le secteur de la santé, ces écarts s'atténuent mais ils demeurent très élevés (graphique ci-dessous).



## MUTUELLES

D'après une étude rendue publique le 19 janvier 2023 et réalisée par la Mutualité français auprès de 38 mutuelles de santé couvrant 18,7 millions de Français, les tarifs des mutuelles devraient augmenter, en moyenne, de 8,1% en 2024.

Le taux de hausse moyenne avancé par la Mutualité français pour 2024 est plus de deux fois supérieur à l'inflation, estimée à 3,5% cette année. Elle s'explique en grande partie par le vieillissement de la population qui engendre une envolée des dépenses de santé. Toujours selon la FNMF, les remboursements des soins ont progressé de 10,1% entre 2019 et 2022. Soit 49 euros de plus, en moyenne, par assuré.

La Mutualité française prévoit une hausse de 4,1% pour les contrats individuels en 2023, contre 5,7% pour les contrats collectifs. Face aux déséquilibres financiers (des prestations plus élevées que les cotisations), les organismes de complémentaire santé doivent rester leurs marges en matières de mutuelle d'entreprise.

## DÉFINITIONS

Elles peuvent avoir pour objet de réaliser des opérations d'assurances, couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ou contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés.

### Mutuelles

Aux termes de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif qui, essentiellement au moyen de cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide en vue d'assurer notamment :

- la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ;
- l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie.

Elles peuvent avoir pour objet de réaliser des opérations d'assurances, couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ou contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation des engagements déterminés.

Les mutuelles :

- sont directement gérées par leurs assurés selon le principe “un homme, une voix” ;
- sont tenues de mentionner dans leurs statuts, règlements, contrats, publicités ou tous autres documents, qu'elles sont régies par le Code de la mutualité.

Sauf exception résultant d'une disposition législative expresse, notamment du Code des assurances, il est interdit de donner toute appellation comportant les termes “mutuel”, “mutuelle” ou “mutualiste” à des groupements dont les statuts ne sont pas approuvés conformément au Code de la mutualité. C'est pourquoi les organismes relevant du Code des assurances et autorisés à utiliser dans leur nom ou raison sociale le terme de “mutuelle”, doivent obligatoirement lui associer celui “d'assurance”.

*Article L 112-2 du Code de la mutualité*

Aucune mutuelle ne peut fonctionner avant que ses statuts, adoptés par l'assemblée constitutive, n'aient été approuvés par l'autorité administrative.

L'approbation ne peut être refusée que dans les deux cas suivants :

- lorsque les statuts ne sont pas conformes ;
- lorsque les recettes prévues ne sont pas proportionnées aux dépenses ou aux engagements.

### **Les unions et les groupes de mutuelles**

Une union est une personne morale de droit privé à but non lucratif créée par plusieurs mutuelles ou unions pouvant exercer des missions identiques à celles des mutuelles sous réserve de respecter le principe de spécialité. Elle peut également grouper les moyens pour compléter, faciliter et développer l'action de ses seuls adhérents.

Un groupe de mutuelles est une structure de mutuelles ou unions formant entre elles ou avec des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurances, un ensemble correspondant à l'un des cas suivants :

- ces organismes ont soit une direction commune, soit des services communs assez étendus pour engendrer une politique commerciale, technique ou financière commune ;
- ces organismes ont entre eux des liens de réassurance importants et durables ;
- ces organismes détiennent directement ou indirectement une fraction du capital d'une ou plusieurs entreprises régies par le Code des assurances leur permettant de participer à leur contrôle.