

# **Négocier et gérer la protection sociale face aux conséquences de la Loi de Finances**



# Préambule

Les débats politiques sur le budget de l'Etat et la valse des gouvernements masquent actuellement les enjeux fondamentaux portant sur la loi de Finances et notamment sur le Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale.

En plus de la question de la subrogation et des délais de carence qu'E. Macron et ses gouvernements successifs veulent imposer aux fonctionnaires, deux autres sujets structurants de la question financière autour de la Sécurité Sociale et en conséquence d'accès direct aux soins et leur coût pour le plus grand nombre ne sont pas suffisamment mis en lumière.

L'Etat prévoit donc un moindre remboursement des consultations et des médicaments de la part de la Sécurité Sociale, transférant ainsi la charge sur les assureurs, mutuelles... et donc indirectement sur le niveau de cotisation. Or cela se produit à un moment où nombre d'assureurs remettent en négociation les régimes suite à la promulgation de la réforme des retraites, entre autres.

L'objet de ce livret vise à traiter de ces sujets, des rappels des fondamentaux de la protection sociale pour nos bases dans les entreprises en passant par nos positions constantes sur ces sujets et nos revendications d'améliorations.



# Introduction

Nombre d'entreprises et donc de représentants du personnel sont aujourd'hui confronté.es à la renégociation de la couverture santé dans l'entreprise et de la prévoyance constituant deux piliers de la protection sociale.

Le contexte est compliqué :

- De nombreux assureurs augmentent le niveau de leurs frais du fait d'attentes accrues concernant leurs services.
- Pour certains assureurs, le coût de la réassurance augmente du fait de mauvais risques accumulés et de la hausse des taux d'intérêt (même si cet argument est limité par le fait que le calcul du coût de réassurance se fait toujours sur une période longue, et que de ce fait, la forte hausse des taux d'intérêt en 2022, 2023 ne suffit pas à expliquer certaines hausses de frais).
- La hausse des frais des complémentaires santé est l'arbre qui cache la forêt : l'État se décharge de plus en plus sur les mutuelles, remboursement des consultations, des médicaments moindres de la Sécurité Sociale, de plus en plus imputé sur les mutuelles. Le projet de Loi de Finances s'inscrit dans ce cadre. Or, si ce sont les mutuelles qui prennent en charge, il est fort à parier qu'elles augmentent leur tarif pour couvrir l'ensemble des prestations qu'elles sont censées fournir.
- Enfin, la réforme des retraites que nous continuons à combattre a des impacts significatifs : plus on vieillit au travail, moins on est en bonne santé au travail, et cela a donc des coûts accrus, et des répercussions directes que les assureurs ont chiffrées.

En conséquence, qui s'agisse de la couverture santé, comme de la prévoyance qui prend en charge les risques graves et / ou plus lourds, l'impact est direct et la négociation s'impose à beaucoup.

Souvent, les représentants du personnel sont mis face à un choix : augmenter le tarif des mutuelles à niveau de garantie constant ou bien baisser le niveau de garantie pour restreindre l'augmentation du tarif de la mutuelle. Ce second choix peut avoir l'assentiment de l'employeur dans la mesure où cela limite pour lui la hausse de la part qu'il finance.

Le sujet est complexe car il est très technique. C'est la raison pour laquelle nous avons commis ce petit livret de telle sorte qu'il présente les différents dispositifs, ceux de la Sécurité Sociale et ceux relevant de la complémentaire, pour illustrer les interconnexions entre chacun des dispositifs et exposer les conséquences directes d'évolutions qui pourraient être proposées sur le niveau de garantie, les délais, les franchises etc.

Ce sujet est d'autant plus difficile qu'en plus d'être complexe techniquement et de s'inscrire dans la nasse qui a été imposée par l'État, il prend forme dans le cadre d'un rapport de force difficile avec le patronat, qui bénéficie du soutien de l'Etat à bien des égards, et dans un contexte inflationniste qui a laissé nombre de ménages avec un pouvoir d'achat dégradé.

Il nous appartient de passer tous les éléments en revue, depuis les niveaux de garantie, le choix des offres, la répartition du risque et le financement des dispositifs. L'ajustement du tarif comme du niveau de garantie n'est pas une obligation impérieuse. Il nous appartient de nous saisir du sujet.

# 1. Les frais de santé, une question sur laquelle la loi de Finances a des répercussions immédiates

## 1.1. Quelques rappels sur l'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale, et les liens avec la complémentaire santé

Concrètement, lorsque l'on parle de frais de santé, de quoi parle-t-on ? En premier lieu, de ce qui se greffe autour de l'Assurance Maladie.

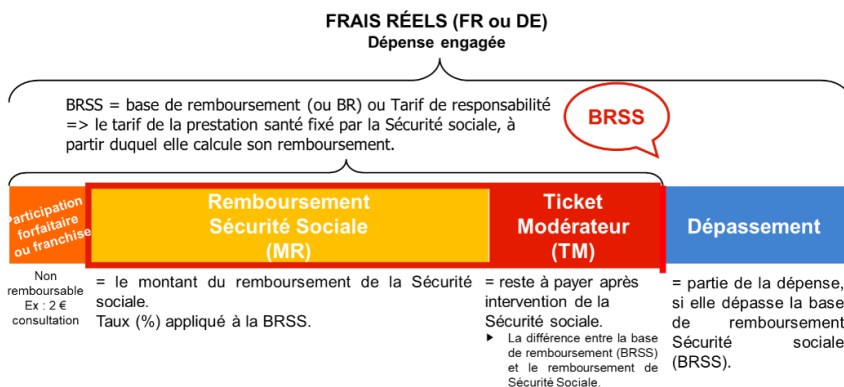
L'Assurance Maladie est une des six branches du régime général de la Sécurité Sociale, avec le recouvrement, les accidents du travail-maladies professionnelles, les allocations familiales, la retraite et l'autonomie. Elle représentait 52,1 % des dépenses du régime général en 2019.



Le régime général prend en charge la majorité de la population : les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ainsi que toute personne bénéficiant de droit au titre de la résidence (protection universelle maladie PUMA).

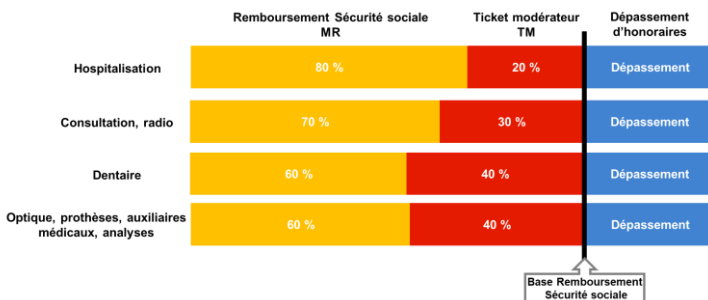
Il existe deux types de prestations versées par L'Assurance Maladie : les prestations en espèces et les prestations en nature.

Les remboursements de la Sécurité Sociale portent sur différentes composantes : depuis les frais réels c'est-à-dire les dépenses engagées, sur lesquelles s'appliquent des bases de remboursement, des participations forfaitaires / franchises, des tickets modérateurs et les dépassements qui feront l'objet d'un traitement spécifique, impliquant entre autres les complémentaires santé (Mutuelles, assureurs etc.).





**Les taux de remboursement de la Sécurité Sociale dans le cadre des parcours de soins coordonnés conduisent à une prise en charge qui varie selon les soins. Généralement, on observe que :**



**Le remboursement de la Sécurité Sociale (SS) dépend de 3 critères :**

- Respect du parcours de soins :
  - 1- s'adresser à son médecin traitant (choisir dès l'âge de 16 ans)
  - 2- qui oriente vers un autre spécialiste (si nécessaire)
 Exceptions :
  - urgences,
  - éloignement du domicile,
  - certains spécialistes (gynécologue, ophtalmologue, pédiatre, stomatologue, psychiatre entre 16 et 25 ans).
- Médecin secteur 1 ou secteur 2
  - Secteur 1 : pas de dépassement du tarif fixé par la SS (75 % des médecins dont 90 % de généralistes et 57 % de spécialistes).
  - Secteur 2 : dépassement du tarif SS avec "tact et mesure" (25 % des médecins dont 10 % de généralistes et 42 % de spécialistes).
  - Non conventionné (secteur 3) : honoraires libres.
- Médecin OPTAM (OPTAM-co)
  - Médecin adhérent OPTAM (OPTAM-co) s'engage à limiter le niveau des dépassements d'honoraires.
  - OPTAM : L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.
  - Optam-Co : L'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique.

## Exemple de remboursement d'une consultation d'un généraliste

### Parcours de soins coordonnés :

- Consultation : 26,5 €
- Base de remboursement : 26,5 €
- Participation forfaitaire : 2 €
- Remboursement Sécurité Sociale : 16,55 € (70 % de la base remboursement (26,50 €) – 2 € de participation forfaitaire)
- Remboursement de la complémentaire santé : le ticket modérateur (30 % restants) soit 7,95 €

### Hors parcours de soins coordonnés :

- Consultation : 26,5 €
- Base de remboursement : 26,5 €
- Participation forfaitaire : 2 €
- Remboursement Sécurité Sociale : 5,95 € (30 % de la base remboursement (26,50 €) - 2 € de participation forfaitaire)
- Remboursement de la complémentaire santé : 7,95 € (la Complémentaire Santé responsable ne peut pas prendre en charge plus de 30 % de la base remboursement de 26,5 €)
- Reste donc à charge : 12,6 € dont les 2€ de participation forfaitaire

En conséquence, toute action sur les niveaux de remboursement (taux de prise en charge, base de remboursement et participation forfaitaire) a des répercussions immédiates pour les malades comme sur les comptes de la Sécurité Sociale et les complémentaires santé).

## 1.2. Quelques généralités : une obligation et un marché ouvert aux institutions à but lucratif, et surtout à but non lucratif que la CGT privilégie

L'obligation d'une couverture minimale de l'employeur est plus particulièrement définie par l'Accord National Interprofessionnel de 2016 consécutif à la Loi du 14 juin 2013 : ces textes imposent la généralisation de la complémentaire santé dans toutes les entreprises du secteur privé.

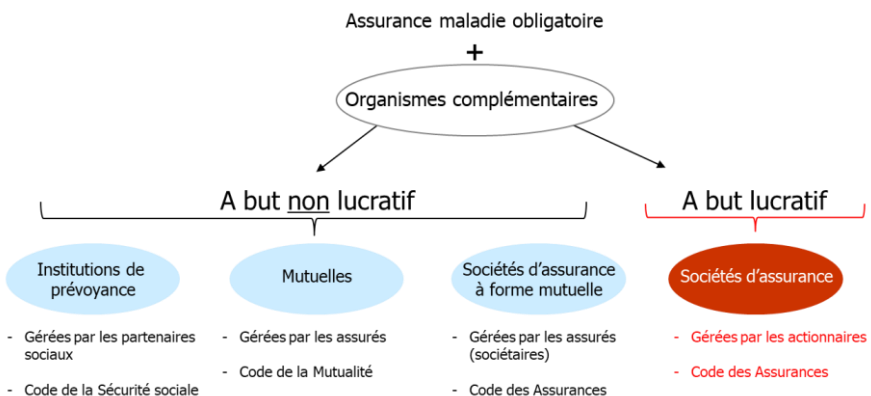
Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, tout employeur du secteur privé (entreprise et association) a l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à ses salarié.es, sans condition d'ancienneté sauf exceptions.

La couverture des ayants droit du salarié n'est pas obligatoire, mais l'employeur (ou les partenaires sociaux) peut décider de les couvrir aussi.

La couverture collective obligatoire doit remplir les conditions suivantes :

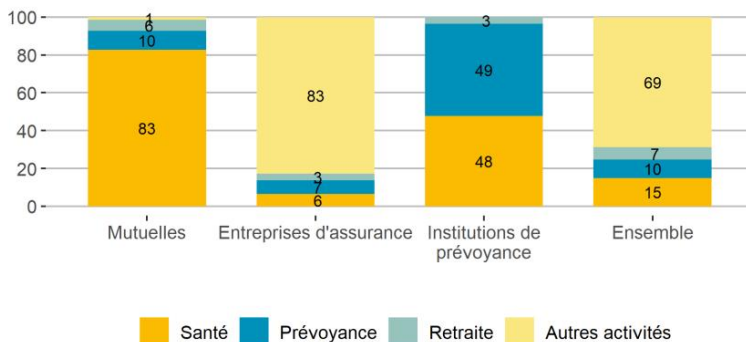
- La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié)
- Le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimum)
- Le contrat est obligatoire pour les salarié.es, sauf cas limités de dispenses

Quatre types d'organismes interviennent en prévoyance collective complémentaire, en plus de l'Assurance Maladie :



**Graphique 1.3 – Répartition de l'activité par type d'organismes en 2022**

*En % des cotisations collectées*



Dans les pages qui suivent, nous revenons sur l'ensemble de l'architecture de la Sécurité Sociale et des complémentaire santé pour rappeler les fondamentaux sur le sujet certes, mais également pour mettre en lumière l'importance des enjeux en termes d'accès aux soins et de transfert de prise en charge de l'Etat vers les mutuelles et les salarié.es en premier lieu ainsi que leurs ayants droit.

Les choix politiques actuels ont de lourdes répercussions : moins de médecins, accès aux soins plus difficile, moins de médicaments moins bien remboursés sont souvent les expressions qui viennent à l'esprit lorsque l'on parle santé.

Les projets gouvernementaux actuels ne dérogent pas à la tendance en visant comme cela est porté actuellement, la subrogation chez les fonctionnaires, transférant là encore le risque et la charge sur les épaules des travailleuses et des travailleurs.

## 1.2.1. Obligation et panier de soins minimum

A chaque risque ses garanties, les frais pouvant être remboursés par les organismes complémentaires sont prévus et conduiront à la définition d'un panier de soins minimum prévue dans les textes.

- Hospitalisation
  - Frais de séjour, honoraires,
  - Forfait hospitalier,
  - Chambre particulière,
  - Frais d'accompagnement ...
- Soins médicaux courants
  - Consultations,
  - Visites,
  - Auxiliaires médicaux,
  - Analyses, radiologie,
  - Prothèses autres que dentaires,
  - Frais de transports ...
- Pharmacie
  - Médicaments,
  - Vaccins, ...
- Dentaire
  - Soins,
  - Prothèses,
  - Orthodontie,
  - Implants ...
- Frais et services divers
  - Naissance,
  - Cures thermales,
  - Médecine douce,
  - Services d'Assistance,
  - Prévention
- Optique
  - Verres,
  - Montures, Lentilles,
  - Traitements laser, ...

Il existe plusieurs modes d'adhésion, relevant des logiques définies autour des axes collectif / individuel et obligatoire / facultatif.

#### COLLECTIF OBLIGATOIRE

- 100% catégorie objective affiliée (sauf dérogations) + contrat responsable
- avantages sociaux
- **participation de l'employeur** (ex : 50/50 ou 60/40 ou 70/30)
- impact positif sur la tarification

#### COLLECTIF FACULTATIF

- liberté dans le nombre d'adhésion
- impact négatif sur la tarification sauf si mutualisation des résultats avec le contrat obligatoire

#### INDIVIDUEL FACULTATIF

- liberté dans le nombre d'adhésion
- pas d'avantages fiscaux et sociaux
- impact négatif sur la tarification sauf contrats standards

Le contrat est souscrit **par l'employeur** auprès de l'assureur pour ses salariés et anciens salariés

Le contrat est souscrit directement **par l'assuré** auprès de l'assureur

Le panier de soins minimum comporte :

- Intégralité du Ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance Maladie.
- Totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation
- Frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de **125 %** du tarif conventionnel ou de responsabilité.
- Frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec une prise en charge fixé à **100 €** pour une correction simple, **150 €** (voire **200 €**) pour une correction complexe.

Les différentes structures de cotisation d'un contrat collectif peuvent être :

- Famille, correspondant à une tarification unique : une seule cotisation quelle que soit la situation de famille de l'assuré
- Isolé / duo / famille ou isolé/famille : le montant de la cotisation diffère suivant la situation de famille sans notion d'âge
- Adulte / enfant (par tête) : la cotisation dépend du nombre d'adultes et d'enfant à couvrir

**La CGT privilégie la structure famille car il permet une meilleure prise en charge des risques et une meilleure couverture tout au long de la vie.**

L'employeur préfère au contraire les situations "isolé" pour porter le moins de coût possible.

## 1.2.2. Critères des contrats solidaires et responsables à maîtriser du fait de la fiscalité associée

**Les catégories objectives et le contrat solidaire et responsable font l'objet d'une définition précise. En effet, les contrats bénéficient d'une fiscalité réduite et donc d'une minoration de la cotisation, sous condition de critères.**

**Ces critères sont les suivants :**

- Caractère solidaire

Les contrats solidaires sont caractérisés par l'absence de sélection médicale et de tarification selon l'état de santé

- Caractère responsable

Les contrats responsables respectent des conditions de prise en charge minimale et maximale sur des actes, produits et équipements et fixent des interdictions de prise en charge (franchises, participation forfaitaire, etc). Ils doivent inclure la prise en charge intégrale des soins et équipements du 100 % Santé

- Catégories Objectives

Les régimes santé ou prévoyance ne couvrant pas directement l'ensemble des salarié.es doivent bénéficier à une ou plusieurs catégories objectives définies selon un ou plusieurs des cinq critères suivants: le décret relatif aux catégories objectives, entré en vigueur le 1er janvier 2022, a modifié les dispositions de l'article R.242-1-1 du Code de la Sécurité Sociale et notamment les critères rendus obsolètes par la fusion au 1er janvier 2019 des régimes AGIRC-ARRCO, et l'abrogation de la CCN des cadres de 1947 et l'accord du 8 décembre 1961.

En contrepartie du respect des critères, les contrats bénéficient d'une fiscalité réduite et donc d'une minoration de la cotisation. Les critères des Catégories Objectives sont les suivantes :

- critère 1 : appartenance aux catégories de cadres et non-cadres, : référence aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017 et possibilité d'un agrément APEC pour les ex-art 36
- critère 2 : seuils de rémunération définies par référence aux tranches de rémunération AGIRC-ARRCO soit 1, 2, 3, 4 ou 8 PASS

- critère 3 : appartenance aux catégories et classifications professionnelles de conventions collectives,
- critère 4 : appartenance aux sous-catégories de conventions collectives,
- critère 5 : appartenance à une catégorie issue d'usages en vigueur dans la profession.
- 

Les régimes déjà existants au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et ne subissant pas de modification entre temps bénéficient d'une période transitoire **jusqu'au 31 décembre 2024 pour se mettre** en conformité en mettant à jour l'acte de mise en place du régime.



### 1.2.3. Mise en place du régime : le formalisme à respecter

Toutes les entreprises doivent mettre en place un acte fondateur, qu'il s'agisse d'une décision Unique de l'Employeur (DUE), d'un référendum ou d'un accord collectif. Pour chacun de ces actes, le CSE doit être préalablement informé et consulté. Le même formalisme doit être respecté pour la modification du régime en place.



Il existe des **cas de dispense de droit**. Un salarié peut **de plein droit** refuser d'adhérer à la complémentaire santé de son entreprise (article L. 911-7 du code de la Sécurité Sociale) si :

- Salarié.es embauché.es avant la mise en place du régime
- Salarié.es en CDD ou contrat de mission : dès lors que la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à trois mois et s'ils.elles justifient être couvert.es par ailleurs par un contrat responsable ;
- Salarié.es déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou, si elle est postérieure, à leur embauche jusqu'à échéance de son contrat individuel ;
- Salarié.es bénéficiant, par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une des couvertures suivantes :
  - complémentaire santé collective et obligatoire ;
  - régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle ;
  - régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;
  - mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales ;

- contrats d'assurance groupe, dits Madelin ;
- salarié.es bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (C2S).

**D'autres cas de dispenses** peuvent être prévus dans l'acte de mise en place. L'acte instituant la complémentaire santé peut également prévoir des cas de dispense pour :

- les apprenti.es, salarié.es en CDD et intérimaires titulaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois même non couverts par ailleurs ;
- les apprentis, salarié.es en CDD et intérimaires titulaires d'un contrat de travail d'au moins 12 mois s'ils justifient d'une couverture individuelle par ailleurs ;
- les salarié.es à temps partiel et apprenti.es que l'adhésion au régime conduirait à régler une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Des campagnes des dispenses se déroulent chaque fin d'année.

## 1.2.4. Le versement santé : à prévoir

Le versement santé est la participation financière versée par l'employeur aux salarié.es éligibles pour leur permettre de cotiser à une complémentaire santé responsable de leur choix :

*La complémentaire santé souscrite par le salarié ne doit pas être une couverture collective et obligatoire mise en place par un autre employeur, ni bénéficier d'un financement public*

Un accord de branche (ou, à défaut, d'entreprise) est nécessaire pour mettre en place le versement santé pour ces salarié.es. Sont concernés :

- Salarié.es en CDD ou en contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à trois mois
- Salarié.es dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

L'accord de branche peut prévoir que l'obligation d'assurer une couverture complémentaire de frais de santé et la portabilité des droits y afférents est assurée obligatoirement selon les dispositions du versement santé. Ce dispositif peut aussi être mis en place par décision unilatérale de l'employeur, sauf si ces salarié.es sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire.

**Le Montant du versement santé est égal à la contribution mensuelle que l'employeur aurait versée si le salarié avait adhéré à la mutuelle obligatoire de l'entreprise (cf. art. D. 911-8 du code de la Sécurité Sociale) soit :**

- Si ce montant ne peut pas être déterminé, le montant de référence est fixé à 20,75 € pour l'année 2024 (6,93 € en Alsace-Moselle).
- Le montant de référence est multiplié par un coefficient de :
  - 105 % pour les salarié.es en CDI ;
  - 125 % pour les salarié.es en CDD ou en contrat de mission.

### 1.3. Les garanties des contrats responsables

Les contrats santé responsables doivent respecter des conditions de prise en charge minimale et maximale sous peine de pénalités sociales et fiscales.

Les garanties obligatoires de remboursement minimum sont les suivantes :

- Intégralité du ticket modérateur (TM)
- Forfait journalier hospitalier sans limite de durée en établissement hospitalier
- Forfait Patient Urgence
- Participation forfaitaire sur les actes techniques
- Garanties 100 % santé en optique, dentaire et audiologie

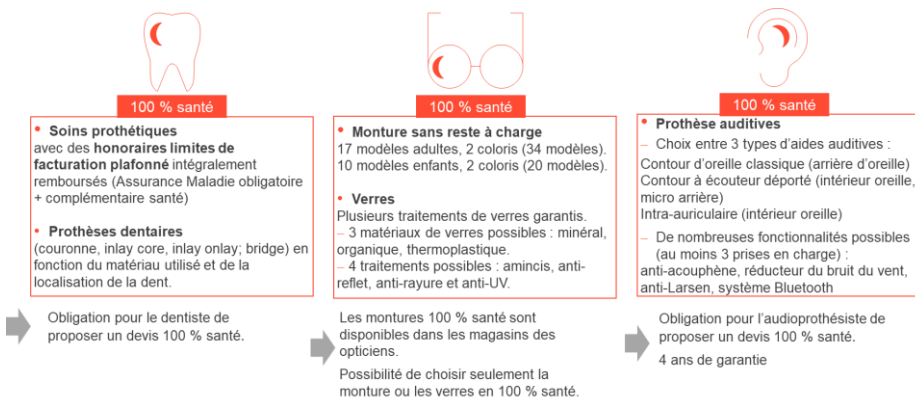
A l'autre bout du spectre, certaines garanties sont encadrées et donnent lieu, en conséquence à un remboursement maximum

- Plafond de remboursement pour :
  - Médecins non adhérent OPTAM (OPTAM-CO) qui pratiquent en cabinet ou à l'hôpital :
    - 2 x maximum de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (200 % BR) y compris le remboursement Sécurité Sociale + 20 % (points) d'écart de remboursement en faveur des actes OPTAM.
  - La monture de lunettes
    - 100 € tous les 2 ans
  - Aide auditive : 1 700 €/oreille
    - 1 700 €/oreille tous les 4 ans
- Interdiction de prendre en charge certains frais comme la participation forfaitaire...

**Enfin, il existe des garanties libres qui correspondent à tous les soins du contrat santé autres que ceux correspondant aux garanties obligatoires et encadrées.**

Les complémentaires santé responsables doivent répondre aux garanties obligatoires – 100 % santé.

Le 100 % santé, qui s'impose depuis le 1er janvier 2020 c'est l'accès à certains soins de qualité, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie obligatoire et complémentaire, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.



Les garanties sont exprimées y compris le remboursement de la Sécurité Sociale (hors forfait et actes non pris en charge par la Sécurité Sociale), et sont toujours limitées aux frais réels.

**Toujours bien vérifier la formulation.**

Par exemple :

	<b>Mutuelle 1. Y compris RSS</b>
Monture	5 % PMSS
Verres	10 % PMSS

	<b>Mutuelle 2 en complément de la Séc Soc</b>
Monture	5 % PMSS
Verres	6 % PMSS

**Les niveaux de remboursement de la mutuelle 2 sont supérieurs**

## 1.4. Taxation des contrats responsables

### Principe de taxation des contrats d'assurance

Taxe sur les conventions d'assurance Contrat Responsable = 7 %

Taxe sur les conventions d'assurance Contrat Non Responsable = 14 %

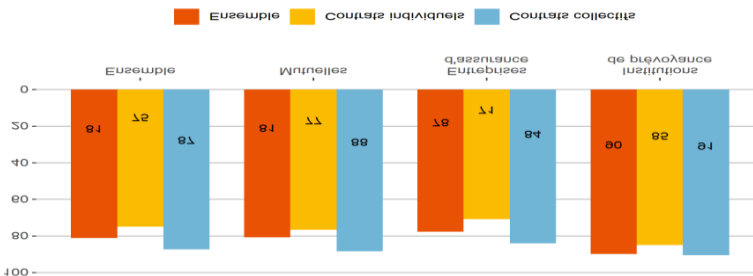
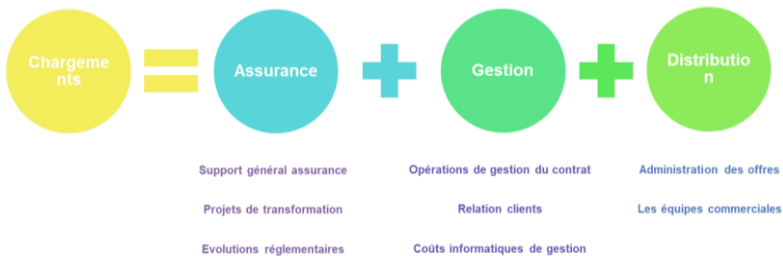
À cela s'ajoute la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) de 6,27 %

➤ **soit un total de taxe de 13,27 % ou 20,27 % !**

Dans le cadre du contrat responsable, les franchises, participations forfaitaires, pénalité financières et dépassement d'honoraires hors parcours de soins ne peuvent être prises en charge.

## 1.5. Les frais sur cotisations / Chargements, en hausse dans de très nombreux secteurs

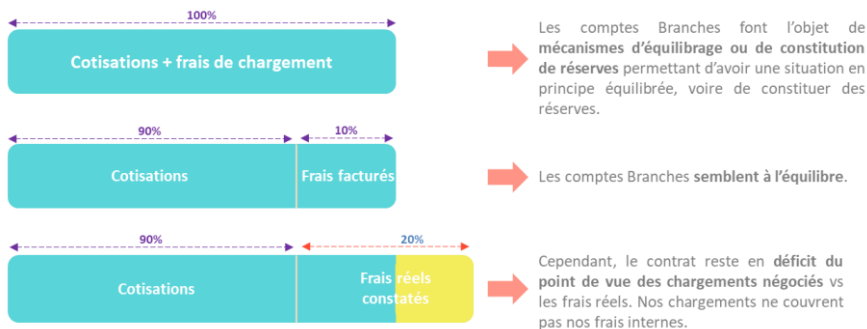
3 composantes forment les chargements.



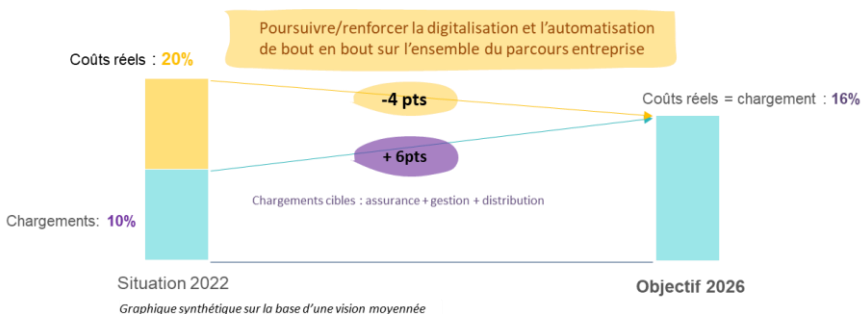
En % des cotisations collectives

Graphique 34 – Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats en 2023

Le Pilotage technique du régime s'impose et peut imposer de revoir certaines cotisations. Les assureurs font valoir une dissymétrie de perception de l'équilibre.



Si certains parmi eux jouent la carte des coûts à travers la forte digitalisation par exemple ou encore les déficits à venir du régime, il nous appartient de rester vigilants à l'équilibre du régime tout en veillant aux coûts qui lui sont imputés. Toutes les hausses ne sont pas illégitimes. Mais le niveau de la hausse dans un tel cas de figure doit faire l'objet d'une attention particulière.



Un double objectif

- Automatiser et digitaliser pour réduire nos coûts réels
- Faire converger les chargements Branches vers nos coûts réels

Exemple :

Lors de la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) de la branche des bureaux d'études qui s'est tenue le 18 décembre 2024, les signataires de l'accord du 7 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé ont validé l'augmentation des cotisations à compter du 1er avril 2025.

### Le tableau détaillé des cotisations de base et des montants des options à compter du 1er avril 2025

	Garanties <u>obligatoires</u> et facultatives	Salarié + Enfant(s)	Conjoint
RÉGIME GÉNÉRAL (RG)	<b>Base</b>	59,00 €	51,50 €
	Option 1	14,50 €	12,50 €
	Option 2	34,00 €	29,50 €
	Option 3	69,00 €	59,00 €
	<b>Base + option 1 obligatoire</b>	71,00 €	64,00 €
	Option 2	34,00 €	29,50 €
	Option 3	69,00 €	59,00 €
	<b>Base + option 2 obligatoire</b>	87,50 €	80,50 €
	Option 3	69,00 €	59,00 €
	<b>Base + option 3 obligatoire</b>	122,00 €	110,50 €
RÉGIME LOCAL (ALSACE - MOSELLE)	<b>Base</b>	39,50 €	34,50 €
	Option 1	14,50 €	12,50 €
	Option 2	34,00 €	29,50 €
	Option 3	69,00 €	59,00 €
	<b>Base + option 1 obligatoire</b>	51,50 €	47,00 €
	Option 2	34,00 €	29,50 €
	Option 3	69,00 €	59,00 €
	<b>Base + option 2 obligatoire</b>	68,00 €	63,50 €
	Option 3	69,00 €	59,00 €
	<b>Base + option 3 obligatoire</b>	102,50 €	93,50 €

Si une entreprise (hors Alsace-Moselle) choisit de rendre obligatoire l'option 1, alors le tarif est de 71 €. Si le salarié souhaite bénéficier de l'option 3, alors le tarif sera majoré de 69 €, soit 140 €.



## NOS REVENDECATIONS

Si la négociation dépend toujours du contexte, du rapport de forces mais aussi de la sociologie de chaque entreprise, nous nous mobilisons toujours pour prévoir des complémentaires santé permettant un partage du risque, et à un contrôle des frais que les assureurs imputent au régime.

- Ainsi, nous sommes vigilants à ce que nous puissions toujours discuter **d'une solution pour les familles, qui ne serait pas optionnelle**. Par ailleurs nous nous mobilisons pour que toutes et tous disposent d'une **couverture santé de qualité, sans que la question pécuniaire ne l'entrave à travers les offres à option**.
- Nous **évaluons les frais imputés par les assureurs à l'aune des services fournis** et en suivant toujours leur évolution dans le temps. Les assureurs devant se réassurer notamment sur les marchés financiers, **le coût de la réassurance peut augmenter avec les taux d'intérêt, mais jamais au même niveau que la forte volatilité des marchés financiers**. Cette évolution est opérée selon des calculs complexes, s'établissant dans la durée et donc sur un temps long.

Pour autant, il est difficile de ne pas prendre en compte les hausses de la part des consultations ou médicaments prise en charge par les assurances, à but non-lucratif comme lucratif.

Afin de limiter la hausse, les employeurs comme les assureurs, mais pour un motif commercial divergeant quelque peu de celui de l'employeur, peuvent être tentés de revoir les garanties. Si cette tentation peut être forte, elle doit susciter une vigilance plus qu'accrue : **les limitations à une hausse du tarif des mutuelles pourraient directement conduire à une baisse de la couverture santé**.

Le niveau de garantie doit rester au cœur des préoccupations.

## **2. La prévoyance, moins maîtrisée que les frais de santé mais portant sur les risques lourds comme le décès et l'invalidité**

Pour rappel, la prévoyance collective est l'ensemble des dispositions législatives, réglementaires, conventionnelles ou contractuelles qui instaurent différents avantages en complément de ceux prévus par la Sécurité Sociale, en couverture de certains risques relatifs à la santé des personnes.

La prévoyance collective complémentaire au sens large, comprend à la fois la complémentaire santé appelée communément "mutuelle", développée dans la partie précédente et la prévoyance lourde.

Les prestations versées par l'Assurance Maladie sont des prestations en espèces ou des prestations en nature.

- Les prestations en espèce compensent la perte d'un revenu pour l'assuré, en cas de cessation de l'activité professionnelle pour raison de santé, on parle alors :
  - o D'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie ou durant les congés maternité et paternité ;
  - o Et de pension d'invalidité, lorsque l'assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains dans des proportions déterminées.
- Les prestations en nature quant à elle sont des remboursements de frais médicaux faits à l'assuré et aux membres de sa famille dont il a la charge. Ces frais médicaux doivent être :
  - o Dispensés par un établissement public ou privé autorisé ou par un praticien ou personnel paramédical dûment habilité à exercer ;
  - o Et inscrits à la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables

Sur la prévoyance lourde, le cadre légal est moins prescriptif que dans le cas de la santé, même si certains points doivent nécessairement être traités.

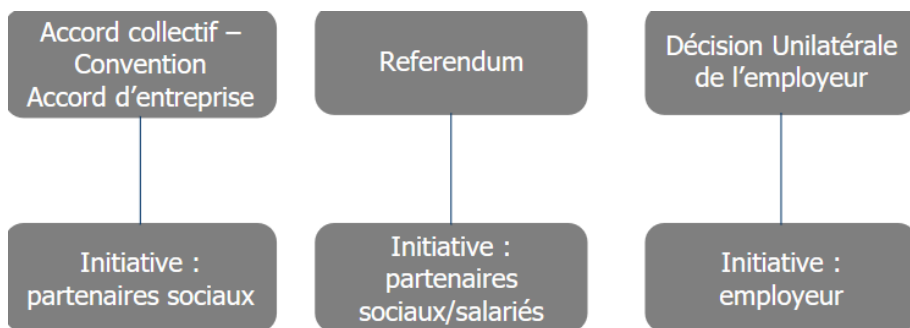
Comme dans le cas des frais de santé, les pages qui suivent visent à rappeler le dispositif général mais mettent là encore en avant les grands enjeux auxquels sont confrontés celles et ceux qui négocient actuellement les contrats en matière de prévoyance, face aux évolutions liées au Projet de Loi de Finances et plus particulièrement la partie portant sur la Sécurité Sociale.

Si les effets peuvent paraître plus lointains, et les dispositifs moins souvent sollicités, la prévoyance reste souvent le seul rempart pour les salarié.es touché.es par de graves problèmes de santé limitant sa capacité à travailler, ou pour sécuriser la situation d'ayants droits en cas de décès par exemple.

Les enjeux sont donc déterminants pour celles et ceux qui font face à un accident de la vie et sont donc tout aussi aiguisés que ceux qui portent sur les frais de santé. De ce fait, les deux grands cas de figure seront bien distingués : la prévoyance et le décès.

## 2.1. La prévoyance collective

Les modes de mise en place d'un régime de prévoyance collectif et obligatoire sont les suivants :



Trois cas de figure doivent être bien identifiés :

L'incapacité désigne l'impossibilité de travailler ou d'effectuer certaines tâches d'un emploi et suit un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Elle est prescrite par un médecin et validée par le médecin-conseil de l'Assurance Maladie. Il existe plusieurs types d'incapacité (Temporaire ou permanente, partielle ou totale).

L'invalidité est déclarée lorsque la capacité de travail est réduite et n'est pas d'origine professionnelle. Elle est constatée par le médecin-conseil de la caisse d'Assurance Maladie. L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsque la perte de sa capacité de travail ou de gain est estimée à au moins deux tiers. La déclaration d'invalidité ouvre droit au versement d'une pension d'invalidité pour compenser la perte de salaire. Elle peut être révisée à tout moment.

L'inaptitude est déclarée lorsqu'aucune mesure d'aménagement ou d'adaptation du poste de travail actuel est possible. Dans ce cas, l'employeur est contraint de proposer le reclassement sur un autre poste au sein de l'entreprise. Si le reclassement est impossible ou si le salarié le refuse, il peut engager une procédure de licenciement pour inaptitude. L'inaptitude est reconnue par le médecin du travail uniquement.

## 2.1.1. L'incapacité temporaire de travail et l'invalidité – Sécurité Sociale

### *Maladie et accident de la vie courante*

Les conditions d'ouverture varient selon que l'arrêt est supérieur ou inférieur à 6 mois :

- Si l'arrêt de travail inférieur à 6 mois, il suffira :
  - d'avoir travaillé 150 heures au cours des 3 mois précédent l'arrêt;
  - ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1015 X le SMIC horaire au cours des 6 mois précédent l'arrêt (12 058,20 €).
    - Smic au 1er janvier 25 :
      - Horaire brut : 11,88 €
      - Mensuel brut : 1 801,80 €
- Pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois, il faudra :
  - avoir été immatriculé 12 mois en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance Maladie, à la date de l'arrêt ;

- et avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 derniers mois, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 X le SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt (24116,40 €).

Le calcul des prestations s'effectue de la manière suivante :

- Base de calcul : salaire brut des 3 derniers mois, dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel
- Taux d'indemnisation : 50 % du salaire brut de référence, dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur.
  - [Salaire de Base (limité à 1,8 SMIC) des 3 mois / 91,25] x 50 %
- Début des prestations : le 4ème jour (délai de carence de 3 jours)
  - En principe, le délai de carence s'applique au début de chaque arrêt de travail.

Exceptions :

- La reprise entre deux prescriptions d'arrêt de travail ne dépasse pas 48 heures ;
- Les arrêts de travail sont en rapport avec une maladie Affection Longue Durée (ALD) ; le délai de carence n'est retenu que pour le premier arrêt.

Les différentes modalités de ces prestations sont les suivantes :

- Jours indemnisés : les IJ sont dues pour chaque jour calendaire d'interruption de travail, y compris le samedi et le dimanche
- Périodicité de versement : l'organisme de Sécurité Sociale (CPAM, MSA) verse les IJ tous les 14 jours.
- Modalités de versement : par flux automatisé "PREST IJ". La Sécurité Sociale envoie automatiquement par flux quotidien les informations sur l'IJSS directement à l'assureur ou à l'employeur (dans le cas particulier de la subrogation et si son logiciel de paye est adapté)
  - Précisions pour le cas de subrogation : En cas de subrogation de l'employeur, l'employeur continue de verser le salaire au salarié, partiellement ou en totalité, sans aucune démarche de la part du salarié. Dans ce cas, l'Assurance Maladie versera directement les indemnités journalières à l'employeur. Le système est identique pour l'indemnité complémentaire Assureur.

- La durée maximale de l'indemnisation est de 3 ans.
  - En cas de reprise de travail, une nouvelle période d'indemnisation de trois ans date à date s'ouvre à nouveau dès l'instant où la reprise de travail a été d'au moins un an.
  
- Montants maximums au 1<sup>er</sup> janvier 2025 :
  - Revenu ≤ 3 243,24 € (1,8 SMIC) ⇒ IJ = 50 % du salaire journalier de base
  - Revenu > 3 243,24 € (1,8 SMIC) ⇒ IJ plafonnée à 53,31 €
  
- 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).
  
- La fiscalité : les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée (ALD).

Cas particulier du Temps Partiel Thérapeutique : lorsque le salarié souhaite exercer son activité à temps partiel pour motif thérapeutique et afin de bénéficier de son indemnisation, il convient :

- Pour l'employeur :
  - D'organiser une visite de reprise avec le médecin du travail qui émet un avis d'aptitude ou d'inaptitude,
  - D'établir une attestation indiquant l'accord de l'employeur, sur la reprise, la nature de l'emploi à temps partiel et la rémunération correspondante. Cette attestation est transmise par le salarié à sa CPAM
  - De déclarer les conditions de durée et de rémunération pendant la durée du temps partiel thérapeutique.
  
- Pour le salarié :
  - de transmettre la prescription médicale établie par son médecin ainsi que l'attestation susmentionnée à sa CPAM

## *Maladie professionnelle et accident du travail*

Les conditions d'ouverture des droits sont relativement larges : un.e salarié.e bénéficie de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et ce, dès son embauche.

La base de calcul (salaire journalier de base) de l'indemnisation est la suivante : Salaire brut du mois qui précède l'accident du travail divisé par 30,42. Cette indemnisation évolue selon le taux applicable :

- 28 premiers jours : 60 % du salaire brut journalier de base, limité à 235,69 € par jour (maximum au 1er janvier 2024)
- Dès le 29ème jour : 80 % du salaire brut journalier de base, limité à 314,25 € par jour (maximum au 1er janvier 2024).

Les prestations débutent dès le 1er jour qui suit l'accident (le jour de l'accident est un jour travaillé). Il n'y a pas de délai de carence.

Le montant de l'indemnité journalière est réduit de :

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

Depuis le 1er janvier 2010, les indemnités journalières perçues au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant.

## *La pension d'invalidité*

La Sécurité Sociale reconnaît trois catégories de pension d'invalidité, qui déterminent le niveau d'indemnisation :

- 1ère catégorie.
- 2ème catégorie
- 3ème catégorie

Le calcul de la pension s'appuie sur le Salaire annuel moyen des 10 meilleures années d'activité, les salaires pris en compte étant les salaires bruts soumis à cotisations dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale.

Le montant versé au titre de la pension d'invalidité dépend notamment de la catégorie de l'invalidité :

Catégorie d'invalidité	% du salaire annuel moyen des 10 meilleures années	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1 <sup>ère</sup> catégorie	30%	335,29 €	1 177,50 €
2 <sup>ème</sup> catégorie	50%	335,29 €	1 962,50 €
3 <sup>ème</sup> catégorie	50% + Majoration pour tierce personne	335,29 € + 1 266,60 €	1 962,50 € + 1 266,60 €

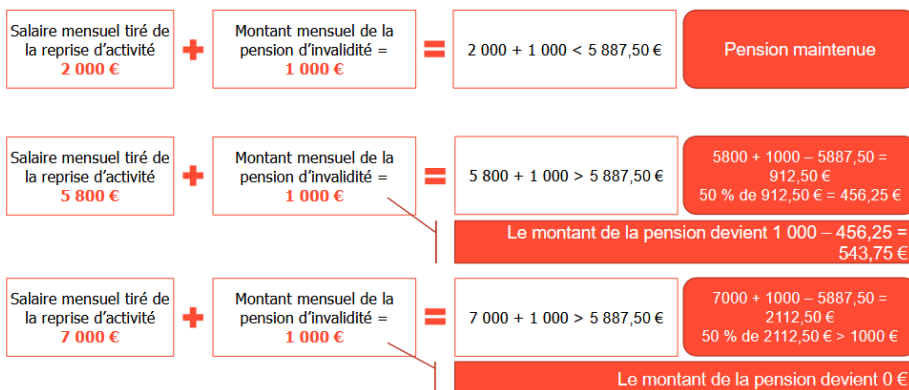
La pension est versée jusqu'à l'âge légal d'ouverture des droits à retraite.

Un décret fixe un seuil au-delà duquel la rente Sécurité sociale est diminuée ou suspendue :

- le salaire annuel moyen (SAM) des 10 meilleures années dans la limite du PASS
- ou le salaire annuel moyen (SAM) de l'année qui précède l'invalidité dans la limite de 1,5 PASS
  - o c'est au plus favorable pour le salarié

Au delà de ce seuil (SAM), le montant mensuel cumulé de la pension d'invalidité et des revenus de l'intéressé est réduit de moitié ce qui peut entraîner la suspension de la rente Sécurité Sociale.

Une vigilance importante est de mise concernant de nouvelles règles de suspension de l'indemnisation.





PMSS 2025 = 3 925 €  
1,5 PMSS = 5 887,50 €

### *L'incapacité*

Suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle consolidés, si la victime reste atteinte d'une incapacité permanente consécutive à l'évènement, elle peut percevoir une prestation calculée en fonction de son taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP).

Si le taux d'incapacité permanente est < à 10 %, l'assuré social a droit à une indemnité sous forme de capital versée en une seule fois.

Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon le taux d'incapacité permanente.

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnités en capital
1%	484,53 €
2%	787,56 €
3%	1 150,85 €
4%	1 816,43 €
5%	2 301,09 €
6%	2 846,07 €
7%	3 451,36 €
8%	4 117,70 €
9%	4 844,30 €

Si le taux d'IPP est supérieur à 10 %, 3 étapes sont nécessaires pour définir, en premier lieu le "salaire utile".

Tranche de salaire réel annuel (montants fixés chaque année) valeur au 1 <sup>er</sup> avril 2024	
Fraction de salaire ≤ 43 095,70 €	100 % du salaire retenu
43 095,70 € < Fraction de salaire ≤ 172 382,83 €	1/3 du salaire retenu
Fraction de salaire > 172 382,83 €	0 % du salaire retenu

Exemple 1 : Salaire de 50 000 € > 43 095,70 et < 172 382,83  
→SU = 43 095,70 + (50 000,00 – 43 095,70)/3 = 45 397,13 €  
Exemple 2 : Salaire de 25 000 € < 43 095,70  
→SU = 25 000 €

Détermination du taux d'indemnisation : il dépend du taux d'IPP

- Fraction du taux ≤ 50 % divisé par 2
- Fraction du taux > 50 % multiplié par 1,5

Exemple, IPP = 75 %

Taux d'indemnisation = (50/2) + (25 x 1,5) = 62,50 %

Calcul de la rente : SU x taux

Exemple 1 – Salaire 50 000 €

45 397,13 € x 62,50 %

→28 373,20 € / an

Exemple 2 – Salaire 25 000 €

25 000,00 € x 62,50 %

→15 625,00 € / an

En matière de prévoyance collective, des garanties complémentaires de prévoyance ont été établies à travers les accords interprofessionnels et les accords de branche.

## 2.1.2. L'incapacité temporaire de travail et l'invalidité – Complémentaire

*Les garanties complémentaires de prévoyance : les accords interprofessionnels*

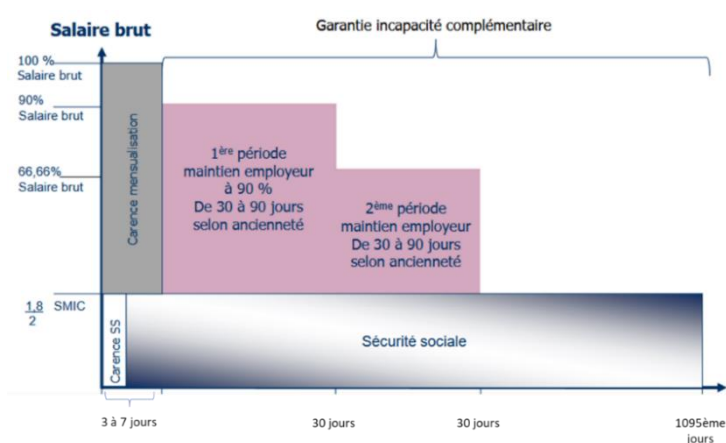
Les entreprises sont contraintes d'assurer à leurs salarié.es une couverture minimale. Ces obligations sont instituées par des accords interprofessionnels et des accords de branche.

Les principaux sont :

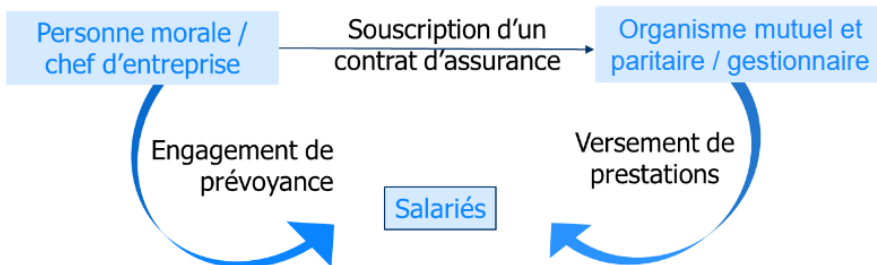
- Accord de mensualisation du 10/12/1977
- Loi du 19 janvier 1978 (dite de mensualisation)
- Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008

Dans le cas de la prévoyance, une partie non négligeable des garanties vise à limiter l'impact financier d'un arrêt, l'indemnisation de la Sécurité Sociale ne couvrant pas l'intégralité du salaire et ne permet pas le maintien du net versé aux salarié.es à travers la structure de cotisation différente.

Exemple de ce que peut être une garantie complémentaire :



## Le formalisme



## Les garanties complémentaires de prévoyance : l'incapacité temporaire

Le contrat définit 3 paramètres de la garantie :

- La franchise : le point de départ de l'indemnisation

Exemple :

Point de départ pour les salariés de plus de 3 mois d'ancienneté Franchise continue	181 <sup>ème</sup> jour
Point de départ pour les salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté si l'arrêt de travail est supérieur à 30 jours continus Franchise continue	4 <sup>ème</sup> jour

- La garantie : Taux de calcul de la garantie incapacité temporaire  
86 % du salaire de référence sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité Sociale.
- Le salaire servant de base au calcul de l'indemnisation.

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence correspondant au salaire brut limité à la tranche C perçu au cours des 12 mois précédents l'arrêt de travail à l'exclusion des primes et gratifications occasionnelles, pour la garantie mensualisation.

Les indemnités journalières (incapacité temporaire) sont versées en complément de la Sécurité Sociale jusqu'au 1 095<sup>ème</sup> jour au plus tard.

Une indemnisation de plus de 1095 jours (3 ans) est possible dès lors qu'un nouvel arrêt a eu lieu, pendant l'arrêt en cours, pour une autre cause différente de l'arrêt initial et qui peut lui-même aller au maximum à 3 ans. Pendant un arrêt maladie en cours, une personne peut avoir par exemple, un accident de la route entraînant d'autres problèmes de santé. Dans ce cas, le nouveau sinistre conduit à un nouveau délai qui peut courir là encore 3 ans.

N'importe quel médecin peut prescrire un arrêt de travail (généraliste, spécialiste), même si ce n'est pas son médecin traitant.

En revanche, une prolongation ne peut être établie que par le médecin qui a prescrit l'arrêt initial (sauf cas de remplacement, cas de spécialiste consulté suite à demande du médecin traitant, ou cas du médecin qui suit l'assuré durant une hospitalisation).

En dehors de ces cas, il faudra prouver l'impossibilité de faire appel à un des médecins autorisés.

### **Pendant son arrêt, le salarié doit respecter certaines obligations (article L323-6 CSS)**

- Suivre les prescriptions du médecin
- Rester disponible en cas de visite d'un agent de contrôle de l'Assurance Maladie
- Respecter les horaires de sorties autorisés par le médecin
- Ne pas séjourner hors de son département de résidence sans l'accord de l'Assurance Maladie
- N'exerce aucune activité, professionnelle ou non, à moins que le médecin ne l'autorise

Le manquement à l'une de ces obligations peut entraîner la suspension de l'indemnisation

Sur ce sujet, la CGT se confronte régulièrement avec les employeurs et les assureurs. En effet, nous nous battons pour obtenir que seuls les médecins de la Sécurité Sociale puissent effectuer les contrôles. Trop de dossiers de contrôle d'assureurs en contradiction avec ceux de la Sécurité Sociale existent, pénalisant les salarié.es en arrêt, victimes entre autres de la recherche d'équilibre financier des régimes au profit des assureurs et des employeurs.

*Les garanties complémentaires de prévoyance : Pension invalidité et rente d'incapacité - exemple de contrat*

Un contrat invalidité peut définir plusieurs niveaux de garanties en fonction de la catégorie d'invalidité, du fait générateur ou de la situation de famille.

Invalité 1ère catégorie de la SS ou taux IPP $\geq$ 33% et < 66 %	54 % (TA + TB)
Invalité 2ème catégorie de la SS ou taux IPP $\geq$ 66 %	86 % (TA + TB)
Invalité 3ème catégorie de la SS ou taux IPP $\geq$ 66 % avec recours à la tierce personne	86 % (TA + TB)

Sous déduction de la pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence correspondant au salaire brut limité à la tranche C perçu au cours des 12 mois précédents l'arrêt de travail à l'exclusion des primes et gratifications occasionnelles, pour la garantie mensualisation.

Si un.e salarié.e invalide travaillant à temps partiel, tombe en arrêt de travail, il touche une indemnité à ce titre. Dans ce cas l'assureur tient compte de la rente invalidité perçue.

C'est le principe de calcul par cumul des différentes rémunérations (employeur, Sécurité Sociale, assureur) qui au final ne doit pas permettre à l'assuré de bénéficier d'une rémunération qui dépasserait celle qu'il toucherait dans le cadre d'une activité normale.

Dans le cas de l'invalidité, un point de vigilance accru doit être consacré à la question des délais de prescription. En effet, un salarié invalide, même s'il travaille à 100 %, doit déclarer son invalidité à l'organisme assureur dans les deux ans suivant sa notification de rente.

La prescription, c'est-à-dire la non prise en compte de l'invalidité, est de deux ans. Cela signifie que si un assuré, déclaré invalide le 25/11/2015, qui travaille, ne déclare pas son invalidité avant le 25/11/2017, et si en 2021 par exemple, l'assuré demande (mais sans évolution de sa Catégorie d'invalide) à bénéficier de sa garantie Invalidité, l'assureur est en droit de refuser l'indemnisation.

Cette déclaration peut se faire sans que l'employeur en soit informé.

Là encore, sur ce sujet, nous avons pu observer que nombre de salarié.es contrôlé.es par l'assureur pouvait se voir priver de leurs droits. Nous nous battons ici aussi pour obtenir que seuls les médecins de la Sécurité Sociale puissent effectuer les contrôles.

### **NOS REVENDICATIONS SUR LA PREVOYANCE :**

Là encore, nous visons la meilleure couverture possible pour celles et ceux qui subissent des problèmes de santé, professionnels ou non, et :

- Aider à maintenir leur niveau de vie malgré ces difficultés. Les taux d'indemnisation et l'articulation avec les périodes de maintien de salaire doivent être scrutés.
- Comme le type et le délai de franchise
- Des aides peuvent également être allouées.

Outre notre lutte contre la banalisation des contrôles réalisés par les médecins des assureurs, le niveau des garanties est là encore un point déterminant de nos demandes.

Un autre écueil porte sur les délais de déclaration d'arrêt de travail maximum pour adresser l'information à l'assureur.

En cas de dépassement, l'assureur peut refuser l'indemnisation (si l'arrêt s'est terminé avant la réception de l'information) ou démarrer la prise en compte de l'arrêt de travail à la date de réception de l'information (si l'arrêt est toujours en cours). Selon la cause de l'arrêt, le délai peut être déterminant (accident pour une personne seule).

## 2.2. Le décès

Si la prévoyance vise à assurer le risque grave, empêchant les travailleuses et les travailleurs à travailler pour vivre ou à se trouver face à des problèmes de santé tels que cette capacité de travail – et de rémunération – est en partie entravée, le risque grave peut conduire au décès du salarié.

Dans un tel cas de figure, plusieurs dispositifs existent, notamment pour les ayants-droits.

### 2.2.1. Le capital décès Sécurité Sociale

#### *Les bénéficiaires*

Les bénéficiaires sont :

- Le conjoint ou partenaire lié par un PACS,
- À défaut, les enfants par parts égales entre eux,
- A défaut, les ascendants (parents, grands-parents) par parts égales entre eux.

Cette liste de bénéficiaires est assortie de deux statuts différents quant au bénéfice du capital décès de la Sécurité Sociale :

- S'ILS SONT PRIORITAIRES : ils sont à la charge totale et permanente de l'assuré au jour du décès.  
Délai pour demander le capital : 1 mois
- SI NON PRIORITAIRES : ils ne sont pas à la charge totale et permanente de l'assuré au jour du décès.  
Délai pour demander le capital : 2 ans

#### *Le montant*

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 il s'agit d'un montant forfaitaire dont la valeur au 1er avril 2024 est de 3 910 euros.

L'indemnité en capital ou la rente viagère sont exonérées de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), et n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu.

Le capital décès n'est pas versé automatiquement, il faut en faire la demande. Le capital décès n'est pas imposable et n'entre pas dans la succession.



## Conditions d'attribution

En cas de décès d'un salarié suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, les ayants-droits proches du défunt, conjoint survivant et enfants, peuvent bénéficier d'une rente.

Cette rente n'est pas attribuée automatiquement, il faut en faire la demande. Une fois accordée, elle est versée tous les trimestres et est revalorisée chaque année. La rente aux ayants droit est soumise à des conditions différentes en fonction du ou des bénéficiaires concerné(s). Elle s'adapte également aux différentes circonstances de l'existence.

### 2.2.2. La garantie décès complémentaire

Comme dans le cas de la prévoyance, le capital décès peut faire l'objet d'un dispositif complémentaire de plusieurs ordres.

#### Le capital

Exemple :

DECES TOUTES CAUSES	
Quelle que soit la situation de famille	170 % du salaire de référence
DÉCÈS ACCIDENTEL	
- Célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge	260 % du salaire de référence
- Marié, pacsé, sans personne à charge	330 % du salaire de référence
- Célibataire, veuf, divorcé : majoration pour 1ère personne à charge	150 % du salaire de référence
- Marié, pacsé : majoration pour 1ère personne à charge	80 % du salaire de référence
- Majoration par personne à charge supplémentaire (à/c de la 2ème personne)	80 % du salaire de référence
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ET DEFINITIVE	
Versement par anticipation	100 % du capital de l'option retenue
DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT OU PARTENAIRE DE PACS	
Marié, pacsé avec un enfant à charge	380 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	80 % du salaire de référence
ALLOCATIONS FRAIS OBSEQUES	
Décès du participant, du conjoint, du partenaire de PACS, du concubin ou d'un enfant à charge	10 % du PASS

## Les rentes

### Exemple :

RENTE EDUCATION	
En cas de décès de l'assuré versement à chaque enfant à charge :	
- Jusqu'au 18ème anniversaire	12 % du salaire de référence
- Du 18ème au 26ème anniversaire	15 % du salaire de référence
Au profit de l'enfant invalide titulaire de la carte d'invalide civil et percevant l'allocation adulte handicapé avant son 21ème anniversaire la rente versée devient viagère	20 % du salaire de référence
Lorsque l'enfant à charge est orphelin des 2 parents, le montant de la rente dont il bénéficie est doublé	
RENTE DE CONJOINT	
Rente temporaire	0,2 % du SR x (X - 25)
Rente viagère	0,4 % du SR x (65 - X)

### La garantie décès complémentaire : Exemple de calcul d'un capital

Exemple : cas du décès accidentel d'un salarié, 44 ans marié, 3 enfants à charge âgés de 9, 14 et 21 ans. Son salaire des 12 derniers mois était de 30 000 € bruts.

Selon la situation de famille	% TA / TB / TC	En €
Capital toutes causes	170%	51 000 €
Capital décès accidentel	330%	99 000 €
Majoration décès accidentel pers. à charge 1	80%	24 000 €
Majoration décès accidentel pers. à charge 2	80%	24 000 €
Majoration décès accidentel pers. à charge 3	80%	24 000 €
Allocations obsèques	10% x 47100 €	4 710 €

229 710 €

### La garantie décès complémentaire : Exemple de calcul de rentes

Exemple : cas du décès accidentel d'un salarié, 44 ans marié, 3 enfants à charge âgés de 9, 14 et 21 ans. Son salaire des 12 derniers mois était de 30 000 € bruts.

Quelle que soit la situation de famille	% TA / TB / TC	En € / par an
Rente viagère	0,4 % x 30000 x (65-44)	2 520 €
Rente temporaire	0,2 % x 30000 x (44-25)	1 140 €
Rente Education enfant 9 ans	12% x 30000	3 600 €
Rente Education enfant 14 ans	12% x 30000	3 600 €
Rente Education enfant 21 ans	15% x 30000	4 500 €

### *La garantie décès complémentaire : la loi Eckert*

La loi dite "Loi Eckert" du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie non réglés, applicable à compter du 1er janvier 2016, prévoit la mise en place d'outils et des mesures amenant les assureurs à accélérer l'identification et le règlement des capitaux aux bénéficiaires désignés des contrats d'assurance vie.

**L'assuré a, lui aussi, un rôle à jouer.** Il lui appartient en amont de porter une attention particulière à la rédaction de sa clause bénéficiaire. Celle-ci doit en effet être précise et régulièrement mise à jour, pour faciliter l'identification des bénéficiaires et accélérer le règlement des capitaux.

Ainsi, si la clause type du contrat n'est pas adaptée à votre situation, vous avez la possibilité de rédiger une désignation particulière. Il s'agit d'une clause avec un ou des bénéficiaires précisément dénommés. Afin d'éviter toute erreur d'identification au moment du versement de la prestation, il est important d'être le plus précis possible dans cette dénomination en fournissant le maximum de renseignements sur ce(s) bénéficiaire(s) (a minima nom, prénom et date de naissance) : Exemple : Marie Dupont née le 01.01.1986 à Paris, demeurant 10 rue Mogador à Paris 75009.

En cas de changement de situation de famille, le salarié ayant rempli une désignation particulière de bénéficiaire doit vérifier que celle-ci correspond toujours à sa volonté initiale (ex : mariage, naissance, divorce...).

Si ce n'est pas le cas, le salarié doit penser à compléter une nouvelle Désignation Particulière de Bénéficiaires.

Le salarié doit veiller à mettre à jour sa clause de désignation notamment en cas de changement de situation de famille. C'est la dernière clause de désignation qui sera retenue en cas de décès salarié.

La clause type précise que les capitaux décès seront versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'assuré.e non séparé.e judiciairement ;
- à défaut au partenaire lié à l'assuré.e par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut au concubin/à la concubine de l'assuré.e ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré.e, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants à charge de l'assuré.e ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré.e et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.e à proportion de leurs parts héréditaires.

Une désignation particulière de bénéficiaire doit être complétée par le salarié uniquement si la clause type ne lui convient pas.

### **NOS REVENDICATIONS EN MATIERE DE PREVOYANCE, SUR LE DECES :**

Là encore, nous visons la meilleure couverture possible pour celles et ceux qui subissent ce type de situation :

- Comme nous avons pu le voir précédemment, le décès d'un.e salarié.e peut avoir de lourdes conséquences pour sa famille, notamment quand il y a des enfants à charge. En conséquence, les rentes pour l'éducation des enfants ont la priorité et doivent non seulement protéger la famille et porter sur des montants qui ne dégradent pas la situation des familles.
- Mais les enfants peuvent être grands et faire des études ou bien avoir des difficultés (santé, handicap) : ce point ne doit pas être oublié.
- Toutefois, chaque situation peut être différente et de plus en plus, les salarié.es ont également à charge leurs parents. Une rente peut être également prévue pour les autres membres du ménage.

- Enfin, le capital, s'il fait souvent les frais des négociations qui protègent plutôt les rentes éducation, doit pouvoir être maintenu afin de couvrir toutes les charges que subissent les familles endeuillées.

Là encore, la négociation dépend d'un contexte, d'une sociologie et du rapport de forces. En outre, la prévoyance peut paraître plus lointaine. Elle n'en est pas moins fondamentale au regard des risques qu'elle assure, notamment en cas de décès.

## 2.3. Régime social et fiscal des prestations

### 2.3.1. Régime social des prestations

Les prestations complémentaires de prévoyance constituent, selon les cas, des compléments de salaire ou des revenus de remplacement. La distinction est importante. Elle détermine le régime social de ces prestations. Les prestations complémentaires de prévoyance lorsqu'elles ont la nature de revenus de remplacement sont exonérées de la cotisation maladie.

Sont considérés comme des revenus de remplacement :

- les allocations complémentaires aux IJSS (indemnités journalières de Sécurité Sociale) versées par l'employeur ou par un organisme de prévoyance au titre des périodes postérieures à la rupture du contrat de travail,
- les prestations versées en cas d'inaptitude lorsque leur financement patronal a été assimilé à une contribution patronale de prévoyance complémentaire,
- les autres prestations versées en cas d'inaptitude au titre des périodes postérieures à la rupture du contrat de travail,
- les prestations en espèces versées dans le cadre du risque dépendance,
- les rentes de survivant (rentes de conjoint survivant, rente d'éducation, rente d'orphelin),
- les allocations complémentaires d'invalidité versées par un organisme de prévoyance, que le contrat de travail soit ou non rompu.

## 2.3.2. Prestations de prévoyance : régime social et fiscal

### Les prestations de la Sécurité sociale

Garantie	Type de prestation	Impôt sur le revenu	Charges sociales	Prélèvements sociaux	Droits de succession
Décès	Capital	Non	Non	Non	Non
	Allocation veuvage	Oui	Non	Non	Non
Incapacité de travail	En cas de maladie	Oui	Non	Oui (CSG <sup>(*)</sup> à 6,2 % et CRDS <sup>(*)</sup> à 0,5 %, soit 6,7 % de 100 % du montant des IJ brutes)	Non
	En cas d'accident du travail ou maladie professionnelles	Oui à hauteur de 50 %	Non		Non
	En cas d'affectation de longue durée	Non	Non		Non
	En cas de maternité	Oui	Non		Non
Invalidité	Pension d'invalidité	Oui à l'exception des majorations : pour tierce personne	Non	Oui (CSG taux normal à 8,3 %, CRDS à 0,5 % CASA* à 0,3 % sur 100 % du montant de la pension brute) sauf situations spécifiques	Non
Incapacité permanente	Rente d'accident de travail	Non	Non	Non	Non

\* Casa: contribution de solidarité pour l'autonomie

### Les prestations complémentaires des contrats à adhésion obligatoire

Garantie	Type de prestation	Impôt sur le revenu	Charges sociales	Prélèvements sociaux	Droits de succession
Décès	Capital	Non	Non	Non	Non sauf si absence de bénéficiaire désigné soit par une clause type soit par une désignation particulière
	Rente de conjoint ou d'éducation	Oui	Non	(CSG applicable aux revenus de remplacement : taux à 8,3 % et CRDS à 0,5 %, soit 8,8 % de 100 % du montant)	Non
Incapacité de travail	Indemnité journalière complémentaire à la Sécurité sociale (si le contrat de travail est en vigueur)	Oui	Oui (cotisation de la Sécurité sociale pour la part correspondant à la contribution de l'employeur au financement du régime)	Oui (CSG applicable aux revenus d'activités : 9,2 % et CRDS à 0,5 % soit 9,7 % de 100 % du montant des IJ brutes)	Non
	Indemnité journalière complémentaire à la Sécurité sociale après la rupture du contrat de travail	Oui	Non	Oui (CSG applicable aux revenus de remplacement)	Non
Invalidité	Pension d'invalidité	Oui	Non	Oui (taux applicable aux revenus de remplacement : à 8,3 % et CRDS à 0,5 %, Casa à 0,3 % soit 9,1 % de 100 % du montant). Exonération partielle ou totale selon les revenus	Non

## Conclusion

On le voit avec les pages qui précèdent, la question de la négociation de la protection sociale dans l'entreprise qu'il s'agisse des frais de santé, comme de la prévoyance recouvre des champs très techniques, avec de nombreux enjeux, mais également des pièges.

Cumulés à la pression patronale de ne pas voir les coûts de la mutuelle augmenter, les enjeux n'en sont que plus aiguisés, et les rapports de forces également. Le tarif de la couverture santé est une question déterminante, notamment parce qu'il nous faut sécuriser un niveau de garantie tout en permettant que le tarif proposé soit viable par les salarié.es. L'intérêt de répartir le risque entre l'ensemble des salarié.es et des générations vise de permettre de lisser le risque pour celles et ceux qui sont le plus exposés du fait de problèmes de santé, qui peuvent être professionnels ou non, du fait de leur âge ou de par leur vie de famille : parentalité, aidance etc.

Et cet enjeu est complexe. La sociologie de l'entreprise est souvent appelée à la rescousse pour rompre avec ce principe par les différentes parties prenantes à la négociation. Mais a contrario, une entreprise avec une population relativement jeune peut être vite challengée par rapport à sa couverture frais de santé dès que les jeunes fondent leurs familles. Une entreprise dont l'activité est réalisée au détriment des conditions de travail des salarié.es doit prévoir des mesures pour les corriger.

La tendance actuelle conduit souvent à voir réduire l'accès aux soins et la qualité de la couverture des salarié.es, sauf à ce qu'ils financent des options (entièrement à leur charge).

S'il est vrai que le transfert vers les mutuelles de certains remboursements conduit à avoir augmenter le tarif, tout dépend de la hausse réelle de la part dévolue à la couverture santé d'une part, et à ce que les éléments moins remboursés pèsent dans le bilan global.

La difficulté est bien de limiter son augmentation sans nuire au niveau de garantie. De plus en plus employeur aimerait ta sortir, les remboursements liés aux lunettes des garanties, considérant



La problématique est tout aussi saillante concernant la prévoyance qui doit être prémunie contre toute baisse du niveau de garantie. La prévoyance, souvent moins maîtrisée et abordée porte sur les risques lourds. On pourrait presque (mais presque n'est pas littéralement) écrire que la prévoyance est plus importante que la couverture santé. Sans établir de hiérarchie, l'une ne peut pas être réduite pour financer l'autre, à moins de considérer que l'on accepte de laisser certains risques non couverts.

# Table des matières

.....	1
Préambule .....	3
Introduction .....	5
1. Les frais de santé, une question sur laquelle la loi de Finances a des répercussions immédiates.....	7
1.1. Quelques rappels sur l'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale, et les liens avec la complémentaire santé .....	7
1.2. Quelques généralités : une obligation et un marché ouvert aux institutions à but lucratif, et surtout à but non lucratif que la CGT privélie.....	11
1.2.1. Obligation et panier de soins minimum .....	13
1.2.2. Critères des contrats soli-daires et responsables à maîtriser du fait de la fiscalité associée .....	15
1.2.3. Mise en place du régime : le formalisme à respecter .....	17
1.2.4. Le versement santé : à prévoir .....	19
1.3. Les garanties des contrats responsables .....	20
1.4. Taxation des contrats responsables .....	22
1.5. Les frais sur cotisations / Chargements, en hausse dans de très nombreux secteurs .....	22
2. La prévoyance, moins maîtrisée que les frais de santé mais portant sur les risques lourds comme le décès et l'invalidité .....	26
2.1. La prévoyance collective .....	27
2.1.1. L'incapacité temporaire de travail et l'invalidité – Sécurité Sociale .....	28
2.1.2. L'incapacité temporaire de travail et l'invalidité – Complémentaire .....	35
2.2. Le décès.....	40
2.2.1. Le capital décès Sécurité Sociale .....	40
2.2.2. La garantie décès complémentaire.....	41
2.3. Régime social et fiscal des prestations .....	46
2.3.1. Régime social des prestations.....	46
2.3.2. Prestations de prévoyance : régime social et fiscal .....	47
Conclusion .....	48





263 rue de Paris – Case 421 – 93514 Montreuil – Cedex

Téléphone : 01 55 82 89 41 - Fax : 01 55 82 89 42

E-mail : [fsetud@cgt.fr](mailto:fsetud@cgt.fr)

Site internet : [www.soc-etudes.cgt](http://www.soc-etudes.cgt)