

Le
point
sur...

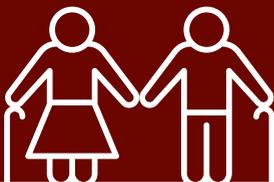
L'ARGUS
de l'assurance

La collective santé-prévoyance



La collective
santé-prévoyance

La collective
santé-prévoyance



A man with a beard and glasses, wearing a headset, is smiling while sitting at a desk. He is wearing a light blue button-down shirt. On his left arm, there is a large, intricate black tattoo. He is looking at a computer monitor which is partially visible on the right. On the desk, there is a keyboard, a mouse on a pink mousepad, and a smartphone. A red jacket is draped over the back of his chair. The background is a plain, light-colored wall with a window ledge.

Sur notre **qualité de gestion**, que disent...

Nos assurés*



Nos courtiers**
8,5/10

**Note Trustpilot du 24 juin 2024, 1 167 avis*

*** Baromètre de satisfaction courtiers 2024, 1 302 répondants*

Une protection obligatoire en santé, indispensable en prévoyance

► **Pour les entreprises** comme pour les salariés, la protection sociale complémentaire s'est imposée comme un élément essentiel du « package » salarial : c'est un véritable levier d'attractivité et de rétention des talents.

Tous les personnels du secteur privé doivent bénéficier d'une assurance complémentaire maladie. À la suite de la signature d'un accord national interprofessionnel (ANI) par les partenaires sociaux, la loi oblige les employeurs, depuis le 1^{er} janvier 2016, à financer pour tous leurs salariés la couverture des dépenses de soins qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale.

Couverture santé d'entreprise

Cette couverture doit notamment proposer un socle de garanties minimales, prévoir une contribution de l'entreprise de 50 % au moins du coût de la couverture et respecter le cahier des charges des contrats dits « responsables », sous

peine de ne pas bénéficier des exonérations de charges et d'être plus fortement taxée.

Accidents de la vie

Selon les professionnels de la protection sociale, il aurait mieux valu généraliser d'abord la prévoyance. Les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité, décès et parfois dépendance protègent les salariés et leur famille en cas de coup dur et d'événements aux conséquences majeures.

Des prestations de la Sécurité sociale insuffisantes

Les prestations prévoyance versées par la Sécurité sociale sont notoirement insuffisantes, mais les entreprises n'ont aucune obli-

gation de compléter celles-ci, sauf deux exceptions : pour le « 1,5 % » destiné aux cadres, et dans le cas de quelque 200 accords de branches. Les accords conventionnels s'imposent de la même manière aux entreprises pour la complémentaire santé.

Attirer et fidéliser les salariés

La protection sociale complémentaire tient une place de plus en plus importante dans le *package* proposé par les entreprises. Vu les difficultés de recrutement rencontrées par de nombreux secteurs d'activité, les contrats santé et prévoyance constituent un levier d'attractivité et de fidélisation, particulièrement pour les plus petites entreprises.

Les aides publiques à la collective santé

⊕ **Si le contrat santé d'entreprise est collectif**, obligatoire et responsable, les cotisations employeurs et salariés bénéficient d'exonérations de charges et d'impôt. Elles se voient aussi appliquer un taux réduit de 13,27% pour la taxe de solidarité additionnelle. À défaut, celui-ci est de 20,27%.

⊕ **« Collectif et obligatoire »** signifie que le contrat doit concerner tous les salariés – les cas de dispense sont encadrés – en leur proposant les mêmes garanties.

⊕ **Le caractère « responsable »** renvoie au respect d'un cahier des charges qui prévoit notamment des obligations et interdictions de remboursement de certaines prestations.

Collectives santé et prévoyance : mode d'emploi

➤ **Les contrats collectifs santé ou prévoyance** ne diffèrent pas fondamentalement dans leur contenu des contrats individuels. Mais leur mise en œuvre fait appel au droit du travail.

Les entreprises du secteur privé sont tenues par des obligations légales et conventionnelles d'améliorer les prestations versées par la Sécurité sociale aux salariés. La protection sociale collective décline ces obligations par la souscription de contrats d'assurance. Les décisions des employeurs ou les accords collectifs peuvent aller au-delà de ces obligations avec de possibles conséquences sur les contributions fiscales et sociales (voir ci-dessous).

Obligations de l'entreprise

- La loi du 14 juin 2013 généralise

la portabilité des garanties prévoyance et santé en cas de rupture du contrat de travail.

- La loi du 14 juin 2013 généralise l'assurance complémentaire maladie pour tous les salariés.
- L'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 impose à toutes les entreprises de couvrir la garantie décès des cadres et assimilés cadres.
- Les conventions collectives des branches professionnelles peuvent prévoir des cotisations et / ou prestations collectives en prévoyance ou santé.

L'instauration des garanties collectives dans l'entreprise

Le droit du travail donne à l'employeur trois possibilités pour instaurer un régime santé ou prévoyance.

- La négociation avec les organisations syndicales représentatives d'un accord collectif.
- La présentation d'un projet d'accord aux salariés qui doit être ratifié à la majorité des intéressés
- La décision unilatérale qui doit donner lieu à la remise d'un écrit à chaque salarié concerné.



Les avantages sociaux et fiscaux de la collective

- + Le bénéfice des incitations sociales et fiscales est conditionné au caractère « collectif et obligatoire » du régime, et de son caractère responsable en santé (lire p. 3).
- + La **part patronale** du financement du régime est **exonérée de cotisations sociales**⁽¹⁾ mais elle reste assujettie à la CSG-CRDS, sans l'abattement de 1,75%. Les PME de 10 salariés et moins n'acquittent **pas de forfait social**, et ce dernier est abaissé à 8% pour les entreprises de plus de 10 salariés. La contribution employeur est **désormais imposable**.
- + La **part salarié** est **déductible de l'impôt sur le revenu** (avant abattement de 10%) dans la limite de 5% du Pass (plafond annuel de la Sécurité sociale) et de 2% de la rémunération annuelle brute du salarié (sur la part de rémunération n'excédant pas 8 fois le Pass).

1. Dans la limite de 6% du Pass + 1,5% de la rémunération annuelle brute du salarié, le tout ne pouvant pas dépasser 12% du Pass.

Dans les TPE et les PME, la protection sociale reste très majoritairement une prérogative du dirigeant ou de la DRH : les régimes collectifs sont généralement mis en place par DUE et déclinés par des contrats standards.

La négociation d'accords dans les plus grandes entreprises donne lieu à des appels d'offres et des contrats sur mesure.

Les régimes frais de santé

La couverture collective santé – aussi dénommée régime frais de santé – vient compléter les remboursements de l'assurance maladie obligatoire (la Sécurité sociale). Elle peut notamment prendre en charge les dépassements d'honoraires.

La couverture santé est obligatoire pour tous les salariés. L'employeur est tenu de prendre en charge au moins 50 % de la cotisation qui finance un panier de prestations minimales prévu par la loi.

Le régime frais de santé de l'entreprise peut intégrer un contrat surcomplémentaire, qui renforce les garanties du contrat socle. Cette surcomplémentaire est facultative, elle ne bénéficie pas des exonérations fiscales et sociales, et s'avère surtaxée, car souvent non responsable. Par ailleurs, chaque salarié peut souscrire auprès de l'assureur de son choix une surcomplémentaire individuelle.

Les régimes prévoyance

L'ANI prévoyance du 17 novembre 2017 impose à toutes les entreprises qui emploient des cadres et assimilés cadres (au sens de la convention

Agirc de 1947) de verser une cotisation obligatoire égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de Sécurité sociale. Son produit doit être consacré en priorité à la garantie décès.

L'ANI sanctionne le défaut de cotisation de l'entreprise par le versement aux ayants droit du cadre décédé d'une somme égale à trois fois le plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur lors du décès. De nombreuses branches professionnelles prévoient la couverture des risques invalidité, incapacité et décès.

Le respect des accords de branche

Les organisations employeurs et salariés représentatives d'une branche professionnelle peuvent conclure un accord instituant des garanties de protection sociale

complémentaire (prévoyance et frais de soins). Si cet accord fait l'objet d'une extension par les pouvoirs publics, toutes les entreprises de la branche sont tenues de l'appliquer. Elles doivent veiller à ce que leur contrat prévoyance ou santé propose des garanties aussi favorables que celles prévues par l'accord conventionnel.

Selon le Centre technique des institutions de prévoyance (CTip), plus de 80 % des salariés du privé (20,7 millions) sont couverts par un accord de branche pour la prévoyance lourde (invalidité, incapacité, décès). Afin d'aider les entreprises et les courtiers de proximité à se mettre en conformité, assureurs et courtiers grossistes proposent des contrats santé et prévoyance spécialement conçus pour respecter les obligations des différentes branches professionnelles. (suite p.10) >>>>



Les cas de dispense à l'adhésion obligatoire aux contrats collectifs santé

L'adhésion au contrat collectif santé est obligatoire pour tous les salariés, mais il existe des cas de dispense pour :

- ➔ Les ayants droit couverts par leur conjoint ou ascendant ;
- ➔ Les salariés en CDD ou à temps partiel et les apprentis, s'ils sont couverts par un contrat individuel proposant au moins le même niveau de garanties ;
- ➔ Les salariés multi-employeurs déjà couverts par un contrat collectif ;
- ➔ Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS).

L'employeur doit documenter (*via* une lettre signée par le salarié) et archiver ces dispenses d'affiliation.

Maîtriser la facture de l'assuré

➤ **Au-delà des remboursements de soins**, les contrats collectifs santé peuvent intégrer toute une gamme de services.

Les contrats complémentaires santé ne se différencient pas que par les tarifs et les garanties. Les offres à destination des entreprises peuvent intégrer des services qui permettront aux salariés de trouver plus facilement des professionnels de santé, de réduire leurs factures ou d'améliorer leur bien-être.

Le tiers payant est proposé par une majorité de contrats : il dispense les assurés de faire l'avance des frais qui leur seront par la suite remboursés, et cela sur simple présentation de leur attestation d'adhésion (papier ou dématérialisée). Cela dit, tous les professionnels ne le pratiquent pas. Quasi généralisé dans les pharmacies, le tiers payant est encore peu pratiqué par les médecins libéraux.

L'analyse de devis est aussi une activité que les assureurs complémentaires santé ont fortement développée. Il permet à l'assuré d'évaluer son reste à charge au regard de ses

garanties. C'est notamment le cas pour l'optique ou le dentaire, où les coûts des équipements peuvent varier fortement. Dans certains cas, cette analyse peut intégrer une comparaison avec les tarifs pratiqués dans la même zone géographique.

Les réseaux de soins Les garanties de certains contrats peuvent prévoir une meilleure prise en charge pour les assurés qui s'adressent à des professionnels de santé ou prestataires d'équipement conventionnés par un réseau de soins, ou des tarifs plus avantageux. Ces réseaux ont été initiés par les assureurs. Ils prennent des formes très variées, notamment pour la sélection des adhérents, et se sont surtout développés pour les opticiens et les audioprothésistes, moins pour les dentistes et les cliniques.

La téléconsultation s'est développée à l'occasion de l'épidémie de Covid. Certains contrats prévoient la

possibilité pour les assurés de consulter un médecin à distance. La consultation peut être gratuite et, dans ce cas, leur nombre est généralement limité dans l'année.

La prévention Pratique de l'activité physique, diététique, arrêt du tabac... Les complémentaires santé proposent toute une palette d'actions individuelles aux assurés visant à préserver leur santé. Elles sont généralement gratuites et les programmes sont souvent dispensés *via* une application mobile.

L'assistance est une aide souvent méconnue, mais incluse dans l'ensemble des contrats santé. Ceux-ci peuvent proposer différents services à la personne en cas d'hospitalisation ou de pathologies handicapantes : aide ménagère, aide aux devoirs pour les assurés ayant des enfants, achat de médicaments... Ces prestations sont généralement contingentées avec des forfaits.

Simple et fiable comme la DSN

Mouvements de personnel, versement des cotisations... La bonne gestion des contrats collectifs santé et prévoyance exige **des relations fluides** entre l'entreprise, sa DRH ou responsable du personnel, et le gestionnaire, courtier ou assureur. Une évolution importante a permis de simplifier ces **échanges de données**. Il s'agit de

la déclaration sociale nominative. Cette DSN, obligatoire pour toutes les entreprises, permet aux employeurs de communiquer, chaque mois, les informations liées à la protection sociale de leurs salariés aux organismes et administrations concernés, dont les assureurs complémentaires, à partir d'un **seul fichier généré par la paie**.

« Renoncer à la protection sociale, c'est ouvrir la porte à la concurrence »

► **La santé et la prévoyance collectives** permettent aux courtiers de proximité de fidéliser leurs clients tout en valorisant leur expertise. Renoncer à cette activité, c'est se mettre en risque, estime Thierry Rogez, directeur du développement d'Entoria.



Thierry Rogez
Directeur
du développement
d'Entoria

L'environnement réglementaire des contrats collectifs de santé et prévoyance peut rebuter certains courtiers de proximité. À juste titre ?

Le marché des assurances collectives est très réglementé, c'est indéniable. Mais il ne faut pas s'en faire une montagne : cela reste de la santé et de la prévoyance. Les courtiers qui commercialisent déjà

des contrats individuels de santé ou des offres destinées aux travailleurs non salariés (TNS) peuvent facilement passer aux régimes collectifs. D'autant que leurs fournisseurs – qu'ils soient assureurs ou courtiers grossistes – sont là pour les accompagner. Nous mettons toute notre expertise juridique, fiscale et sociale à leur disposition pour démystifier les collectives et leur montrer qu'ils ont intérêt à investir ce marché.

Y compris s'ils sont spécialistes de l'assurance de dommages et responsabilité ?

Ils sont bien placés pour savoir que les dirigeants d'entreprise n'ont ni le temps ni l'envie de s'intéresser aux questions d'assurance. Ils s'en remettent donc à leur courtier pour identifier tous leurs risques et mettre en place les meilleures protections. Pour un courtier, se cantonner aux assurances de dommages revient à laisser le champ libre à la concurrence : un autre courtier peut « entrer » chez ses clients par la santé, puis capter peu à peu tous ses autres besoins en assurance. Car le multiéquipement reste

le meilleur levier de fidélisation des entreprises.

La mise en place et le pilotage d'un régime collectif de santé ou de prévoyance sont-ils réellement à la portée de tous les courtiers ?

La mise en place d'un régime collectif requiert un certain formalisme : elle doit, par exemple, être entérinée par un accord d'entreprise ou une Décision unilatérale de l'employeur (DUE). Les affiliations doivent également être gérées dans les règles, avec une documentation précise des dispenses. Mais nous pouvons accompagner les courtiers à toutes les étapes de ce processus. S'ils l'acceptent, nous pouvons même les décharger entièrement des contingences administratives en les effectuant pour leur compte avec le dirigeant d'entreprise et son expert-comptable. Il ne leur reste plus alors qu'à piloter le régime, c'est-à-dire veiller périodiquement à ce que les dépenses de santé et de prévoyance ne dérivent pas. Car il ne faut pas se leurrer : une consommation excessive débouche forcément sur un redressement.

Ces courtiers qui ont fait le choix de la collective

➤ **Les courtiers de proximité** ont toute légitimité pour commercialiser des régimes collectifs de santé et de prévoyance. C'est un excellent levier de conquête et de fidélisation des entreprises. Trois courtiers décryptent leur stratégie commerciale.

« **L**es contrats collectifs de santé peuvent être une excellente porte d'entrée dans certaines entreprises », observe **Grégory Baraban, directeur associé de la Française d'assurance**, un cabinet parisien de courtage. C'est particulièrement le cas dans les entreprises qui proposent un régime de santé très haut de gamme à leurs salariés, avec une bonne prise en charge des dépassements d'honoraires et des frais optiques ou dentaires.

« Avec l'entrée en vigueur du 100 % Santé en 2021, le niveau de certaines de ces garanties a pu baisser de façon importante, poursuit Grégory Baraban. Mais l'employeur, le courtier ou l'assureur n'ont pas toujours pris la peine d'expliquer pourquoi aux salariés. » Constatant une hausse de leurs restes à charge, les collaborateurs peuvent se plaindre de leur couverture santé, conduisant l'entreprise à changer d'assureur ou de courtier.

« Jouer pleinement notre rôle de conseil de proximité »

« Commercialiser des contrats collectifs de santé et de prévoyance

nous permet d'éviter que nos clients aillent voir la concurrence », confirme **Jérôme Jadis**.

Il s'est associé avec son frère, il y a vingt ans, pour développer l'assurance de personnes dans ce cabinet fondé par leur père sur le seul marché du dommages.

« Aujourd'hui, les collectives représentent la moitié de notre chiffre d'affaires, poursuit le **dirigeant de Jadis Associés**. Elles nous permettent de valoriser notre expertise, d'enrichir notre relation avec les entreprises et de jouer pleinement notre rôle de conseil de proximité. »

Aux yeux de Jérôme Jadis, cette notion de proximité est primordiale : « Proximité avec les employeurs, pour qui la protection sociale est un élément clé de la stratégie de recrutement et de fidélisation des talents. Mais aussi proximité avec les salariés : nous devons les aider à mieux comprendre leurs garanties de santé pour maîtriser leurs restes à charge, et à mieux comprendre leurs garanties de prévoyance afin de protéger leur foyer en cas de coup dur. »

« Une activité rémunératrice, à condition de l'inscrire dans la durée »

Ces notions de conseil et de proximité sont au cœur de la mission des courtiers : « Si nous ne l'assumons pas pleinement, les entreprises auront tout intérêt à souscrire en ligne, estime **Julie Perier, fondatrice du cabinet Fin'bul' Assurances**. C'est techniquement possible, mais je suis convaincue que les PME ont besoin d'autre chose : de conseil et de compréhension de leurs enjeux spécifiques. » Hyperspécialiste de l'assurance de personnes, Julie Perier est consciente que cette activité peut faire peur aux courtiers spécialistes de l'assurance de dommages et de responsabilité du fait de sa technicité et de ses exigences de formalisme. Mais le jeu en vaut la chandelle : « C'est une activité rémunératrice, estime-t-elle. À condition, toutefois, de l'inscrire dans la durée : casser les prix pour décrocher un marché, comme certains assureurs ou courtiers grossistes ont pu le faire, n'a pas de sens. Dès l'année sui-

vante, vous serez sans doute conduits à majorer les cotisations en réduisant les garanties pour rééquilibrer le régime: vous aurez perdu votre temps et la confiance de votre client.»

Pour se lancer sur ce marché, il n'est pas forcément nécessaire d'être un super spécialiste. « Mais il faut tout de même s'intéresser un peu aux questions de protection sociale, prévient Julie Perier. Ensuite, vos partenaires assureurs ou courtiers grossistes vous accompagneront. Ils peuvent même vous proposer des formations gratuites éligibles aux obligations DDA, ainsi, dans certains cas, que des consultations avec des avocats spécialisés.»

« Parler de santé ou de prévoyance vous fait entrer dans l'intimité des salariés »

Ces formations peuvent aider les courtiers à mieux identifier et comprendre les besoins de leurs clients : « De nombreuses PME

souscrivent les offres recommandées par leur branche professionnelle sans trop se poser de questions, observe Grégory Baraban. Mais leurs garanties ne sont pas forcément les plus adaptées. En région parisienne, par exemple, où les dépassements d'honoraires peuvent être très importants, il vaut mieux focaliser son attention sur ce sujet plutôt que sur les soins de confort ou de bien-être.»

Cette compréhension des enjeux de l'entreprise passe par un dialogue avec son dirigeant ou son DRH, bien sûr, mais aussi avec ses salariés et, le cas échéant, ses instances représentatives du personnel. « Je veille toujours à être présent lors du Comité d'entreprise de présentation du régime mis en place puis, les années suivantes, d'analyse des résultats des comptes de santé et de prévoyance, explique Jérôme Jadis. Cela me permet de répondre à toutes les questions des salariés. Parler de santé ou de prévoyance vous fait entrer dans leur intimité.

Si vous leur montrez que vous les écoutez et que vous les comprenez, ils n'auront aucune raison d'aller voir ailleurs.»

Identifier d'autres besoins

Cela peut aussi permettre d'identifier des besoins en matière d'épargne ou de retraite. Ou de proposer des services complémentaires, dans le champ de la prévention en santé ou de la maîtrise de l'absentéisme en prévoyance. Jérôme Jadis a récemment fait l'expérience de leur utilité : « Dans une entreprise confrontée au décès d'une personne importante, nous avons très rapidement mis en place une cellule d'écoute psychologique qui a été très appréciée », explique-t-il. Mais il admet que les PME sont moins ouvertes à ce type de services que les plus grandes entreprises : « Il faut vraiment leur expliquer en quoi cela peut les aider, insiste-t-il. Mais cela permet, là encore, d'enrichir la relation avec le dirigeant d'entreprise.»

Protection sociale : 5 arguments pour convaincre une PME d'investir

- 1 C'est un complément de salaire allégé en cotisations sociales pour l'employeur et le salarié.
- 2 C'est un levier d'attractivité et de rétention des talents qui compte pour les candidats les plus sollicités.
- 3 Les contrats santé intègrent de la prévention et peuvent concourir à une réduction de l'absentéisme.
- 4 Une bonne couverture santé améliore l'accès aux soins, notamment dans les déserts médicaux (téléconsultation).
- 5 Le niveau de protection sociale est un critère d'évaluation important des entreprises en matière de responsabilité sociale et environnementale (RSE).

»»»» (suite de la p.5)

La portabilité en cas de rupture du contrat de travail

Les salariés qui perdent leur emploi peuvent temporairement continuer à bénéficier gratuitement de leur complémentaire santé et de leur couverture prévoyance après leur départ. Le coût de cette « portabilité » est mutualisé par le régime d'entreprise. La portabilité est soumise à certaines conditions :

- Le salarié doit bénéficier de la couverture de son entreprise (pas celle de son conjoint) lors du départ de l'entreprise pour un motif ouvrant droit à l'assurance chômage : licenciement (sauf pour faute lourde), rupture conventionnelle ou fin de CDD ;
- Le maintien de couverture est calé sur l'indemnisation chômage dans la limite de douze mois. La portabilité prévoyance concerne les prestations incapacité, invalidité et décès.
- La portabilité des droits s'active automatiquement dès lors que le salarié remplit les conditions d'éligibilité, sans avoir besoin de faire une demande spécifique. L'employeur est néanmoins tenu de l'en informer.

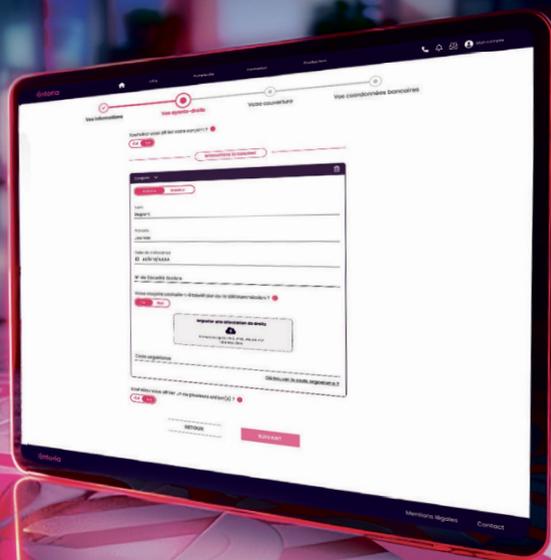


Connaître les termes de la collective

- **Ayant droit** : membre de la famille de l'assuré (conjoint, enfants, ascendants à charge) pouvant bénéficier des prestations du régime collectif.
- **Contrat collectif** : contrat de protection sociale complémentaire souscrit par une entreprise au bénéfice de tous ses salariés.
- **Contrat responsable** : contrat santé qui respecte un cahier des charges défini par les pouvoirs publics qui prévoit notamment des obligations et des interdictions de prise en charge. Il bénéficie dès lors d'une moindre taxation.
- **Déclaration sociale nominative (DSN)** : fichier mensuel produit à partir de la paie destiné à communiquer les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernés, dont l'Urssaf ou encore les organismes complémentaires. Il permet d'automatiser le calcul des cotisations aux régimes santé, prévoyance ou de retraite collectifs.
- **Réseaux de soins** : ces sociétés, généralement filiales d'assureurs complémentaires santé, proposent des services pour les assurés (analyse des devis, orientation dans le parcours de soins...) et des tarifs négociés avec certains professionnels de santé.
- **Reste à charge** : montant restant à la charge de l'assuré après l'intervention du régime obligatoire (la Sécurité sociale), du régime complémentaire et, le cas échéant, du contrat surcomplémentaire.
- **Surcomplémentaire** : contrat santé collectif facultatif qui améliore la prise en charge de la complémentaire santé, souscrit par le salarié dans le cadre ou hors de l'entreprise.
- **Tiers payant** : dispositif intégré dans la couverture santé complémentaire qui dispense de l'avance des frais pour la part prise en charge par la Sécurité sociale, voire également celle de la complémentaire santé (pharmacie).

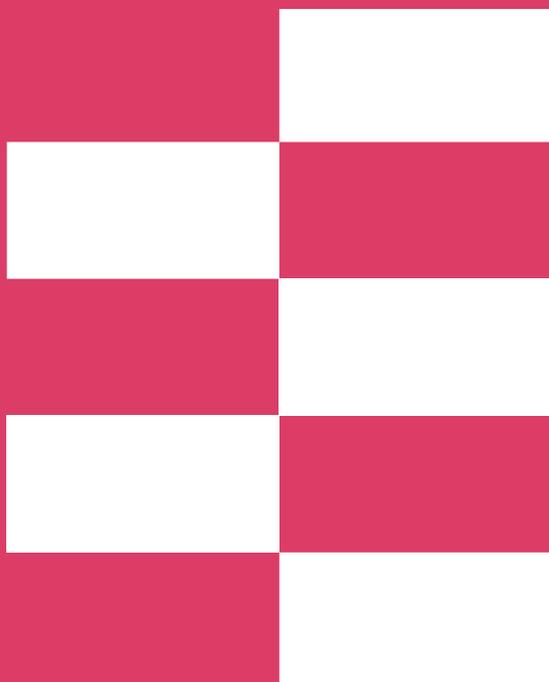


Coming soon ...



Un nouveau parcours d'affiliation pour nos offres collectives

Entoria



À vos côtés.
Pour longtemps