

Cette publication est éditée par la société Optimind, 46 rue La Boétie, 75008 Paris.

Également disponible sur :
www.optimind.fr

La Prévoyance

Les nouveaux enjeux : réglementation, maintien et Solvabilité II



Le risque Prévoyance en assurance est un terme générique regroupant de nombreuses garanties et couvrant des risques de natures différentes avec la distinction entre la Prévoyance Collective du salarié et la Prévoyance Personnelle, impliquant à la fois la protection individuelle et les garanties emprunteurs.

L'environnement réglementaire de la Prévoyance Collective est en constante évolution avec des mesures qui se succèdent impactant la tarification des garanties ou le provisionnement des risques - Loi Evin en 2002, Accord National Interprofessionnel en 2008, loi Fillon. L'impact au sein des compagnies d'assurance a été tant au niveau tarifaire, que sur la mise à jour de l'ensemble des documents contractuels des produits de Prévoyance. Et cela n'est pas terminé, avec en 2010, la modification de l'âge de la retraite, période de 2 ans supplémentaires, impactant le provisionnement d'un volume de prestations supplémentaire.

La prochaine mise en place de Solvabilité II, impose aux organismes d'assurance de revoir leurs méthodes de provisionnement tout en définissant clairement les risques associés à ce secteur, afin de calculer un *Best Estimate* permettant de couvrir l'ensemble des engagements futurs des assureurs en tenant compte de tous les facteurs.

Sommaire

Généralités sur la Prévoyance ..	2
Étude de la segmentation du marché	3
Provisionnement des risques en Prévoyance	6
Maintien des Droits en Prévoyance	7
Le risque Prévoyance et Solvabilité II	10
Conclusion	12

Olivier Cayot, actuaria consultant, Manager & Practice Leader Prévoyance.

Dossier réalisé avec la collaboration de Thibaud Hager, actuaria, Manager & Practice Leader Prévoyance et les membres du Pôle de Compétence Optimind « Prévoyance » : Thierry Bordi et Valérie Kervazo, actuaria consultants, Solène Bulteau, Virginie Beslu, Aline Bouché, Éric Mehat et Bérengère Vincent, consultants et Emilie Despierres actuaria stagiaire chez Optimind.

Généralités sur la Prévoyance

⇒ La prévoyance est une assurance qui permet de se prémunir contre les risques liés à la personne.

Art. de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN : « La prévoyance regroupe les opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques

d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage».

Cartographie des risques en Prévoyance

Nous pouvons distinguer deux types de Prévoyance :



Description des principales garanties présentes sur le marché de la prévoyance collective du salarié :

Garanties	Prestation
Décès - Obligatoires	Versement d'un capital aux bénéficiaires déterminé en fonction d'un pourcentage du salaire de l'assuré décédé. C'est la garantie de tout contrat de Prévoyance
Décès accidentel, doublement accident	Capitaux annexes au versement du capital décès en cas de décès par accident ou doublement si décès simultané de l'assuré et de son conjoint. Ces garanties sont facultatives et présentes le plus souvent dans des contrats optionnels et facultatifs
Rente de conjoint	Versement d'une rente sous deux formes : - Rente temporaire : versement d'une rente calculée en fonction des points acquis de l'assuré décédé jusqu'à son âge présumé de retraite. - Rente viagère, complétant les droits acquis par l'assuré décédé si le décès est survenu avant sa retraite.
Rente d'éducation	Versement d'une rente aux enfants de l'assuré décédé, soit d'un montant fixe ou d'un montant progressif avec l'âge de l'enfant bénéficiaire. Présence d'une limite d'âge ou fin du versement de la rente à la fin des études - maximum 25 ans.
ITT - Incapacité Temporaire Totale	Versement d'Indemnités Journalières si l'arrêt de travail intervient avant l'âge de la retraite et si la durée est supérieure à la franchise définie au contrat. La durée maximum d'une ITT est de 1095 jours soit 3 ans.
IPT - Invalidité Permanente Total	Versement d'une rente d'invalidité fonction du niveau d'invalidité définie par la Sécurité Sociale. Soit l'invalidité fait suite à une période d'incapacité ou directement suite à un accident ou une maladie professionnelle.

Étude de la segmentation du marché

Le **marché de l'Assurance** se compose de trois acteurs principaux pouvant effectuer des opérations d'assurance : les mutuelles régies par le code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le Code des Assurances et les Institutions de Prévoyance régies par le code de la sécurité sociale.

Mutuelles

Les mutuelles sont des organismes dont la création est soumise à déclaration. Le statut des mutuelles relève du principe de l'auto gestion. Elles poursuivent un but non lucratif mené dans l'intérêt de leurs membres, moyennant versement d'une cotisation, à des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide.

Historiquement, les mutuelles commercialisent leurs produits en agences et sans intermédiaire. Désormais elles le font via internet et ont parfois recours à des courtiers.

Le Code de la Mutualité rassemble l'ensemble des dispositions visant à réglementer le fonctionnement de ces mutuelles, dispositions dont la codification a eu lieu dans le cadre de l'ordonnance n°45-2456 du 19 octobre 1945 portant sur le statut de la mutualité et dans celui du décret du 5 août 1955.

La partie législative du code de la mutualité est divisée en 6 livres obéissant à un ordonnancement précis :

- Livre I : Règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions et fédérations
- Livre II : Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation
- Livre III : Mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales
- Livre IV : Relations avec l'Etat et les autres collectivités publiques
- Livre V : Contrôle des mutuelles, unions et fédérations
- Livre VI : Dispositions d'application

Entreprises d'assurance

Les compagnies d'assurance sont régies par le Code des Assurances. Il existe deux catégories de société d'assurances : les sociétés anonymes d'assurance et les Sociétés d'Assurance Mutuelles, SAM.

Une société anonyme d'assurance se caractérise par le fait qu'il s'agit d'une société commerciale ayant pour vocation de réaliser des bénéfices et de les distribuer à ses actionnaires. D'autre part, les produits d'assurances qu'elle commercialise peuvent être distribués par des intermédiaires rémunérés à la commission.

Les Sociétés d'Assurances Mutuelles, sont sans capital social et à cotisations fixes ou variables. Elles sont organisées par les assurés, qui sont aussi membres de la mutuelle. Elles ont parfois un caractère régional ou professionnel.

Les compagnies d'assurance sont regroupées autour d'un organisme fédérateur : la FFSA, Fédération Française des Sociétés d'Assurance.

Le Code des Assurances est composé de 3 parties bien distinctes regroupant :

- Les lois, mentionnées par la lettre L
- Les décrets ou applications des lois, mentionnées par la lettre R - pour réglementation
- Les arrêtés ou modalités très précises de mise en œuvre des lois et des décrets - lettre A

Chacune de ces trois parties du Code des Assurances est divisée en 5 livres qui renvoient aux thèmes suivants :

- Le contrat d'assurance
- Les assurances obligatoires
- Les entreprises d'assurances
- Organisation et régimes particuliers d'assurances
- Agents généraux, courtiers et autres intermédiaires

Enfin, le Code des Assurances stipule que, pour exercer, une entreprise d'assurance doit obtenir un agrément administratif, délivré par le Comité des Entreprises d'Assurances, dans une ou plusieurs branches parmi lesquelles sont classifiées les opérations d'assurances. Les différentes branches répertoriées par le Code des Assurances sont au nombre de 25.

Institutions de Prévoyance

Les Institutions de Prévoyance sont régies par le titre III du livre X du Code de la sécurité sociale, ou par l'article 1050, II du Code rural et relèvent des directives européennes sur l'assurance. Elles sont des sociétés de personnes de droit privé à but non lucratif. Elles gèrent des contrats prévoyance à caractère collectif, c'est-à-dire dans le cadre exclusif de l'entreprise ou la branche professionnelle.

La particularité des Institutions de Prévoyance est leur gestion paritaire. Créées par les acteurs de l'entreprise, représentants des employeurs et représentants des salariés, ces mêmes partenaires veillent directement à la mise en œuvre et à la gestion des garanties dans l'intérêt exclusif des entreprises adhérentes et des salariés participants. La Prévoyance Collective et leur gestion paritaire en font des partenaires naturels des entreprises.



Statistiques de part de marché sur la Prévoyance

→ La prévoyance est divisée en deux domaines :

- La Prévoyance Personnelle qui représente, en 2009, 44 % du marché et 11 milliards d'euros de primes.
- La Prévoyance Collective qui représente, en 2009, 56 % du marché et 14 milliards d'euros de primes.

Prévoyance Personnelle

Le terme Prévoyance Personnelle regroupe les contrats décès à adhésion individuelle incluant les contrats temporaires, vie entière et combinés souscrits à titre individuel ou dans le cadre d'un groupe ouvert :

- Les contrats temporaires sont des contrats d'assurance garantissant le paiement d'un capital déterminé lors de la souscription ou d'une rente, en cas de décès de l'assuré - ou d'invalidité assimilée au décès - avant le terme du contrat quelle que soit la cause du décès.
- Les contrats vie entière sont des contrats d'assurance en cas de décès, garantissant le paiement d'un capital déterminé lors de la souscription en cas de décès de l'assuré.
- Les contrats combinés sont des contrats d'assurance garantissant le paiement d'un capital déterminé lors de la souscription, en cas de décès de l'assuré, avant le terme du contrat ou le paiement d'un capital déterminé lors de la souscription, en cas de vie de l'assuré au terme du contrat.



La prévoyance est une assurance de la personne qui permet de se prémunir contre les risques de l'existence.

À la fin de l'année 2009, 17,4 millions de contrats sont dénombrés dans les sociétés, soit un nombre en hausse de 4 % en un an, croissance un peu supérieure à celle de 2008, 3 %. Les contrats temporaires représentent 74 % de l'ensemble des contrats décès à adhésion individuelle en portefeuille fin 2009, les contrats vie entière 18 % et les contrats combinés 8 %.

Prévoyance Collective

En 2010, 77 % des entreprises ont une couverture prévoyance pour leurs salariés, contre 70 % en 2004. Le taux d'entreprises équipées va de 69 %, pour les entreprises de 10 à 20 salariés, à 100 % dans les entreprises de 500 salariés et plus. La couverture prévoyance couvre principalement les trois types de garanties suivantes : l'incapacité de travail 69 %, le décès 69 % et l'invalidité 60 %. Les cotisations sont dans 70 % des entreprises prises en charge à la fois par l'entreprise et par le salarié.

En France, on recense aujourd'hui une soixantaine d'Institutions de Prévoyance qui couvrent 2 millions d'entreprises soit plus de 12 millions de salariés.

Les Institutions de Prévoyance représentent ainsi 45 % du marché de la prévoyance : décès, incapacité de travail et invalidité.

L'activité se répartit entre les différents types d'institutions ainsi :

- 62 % pour les Institutions Interprofessionnelles et unions
- 35 % pour les Institutions professionnelles
- 3 % pour les Institutions d'entreprise

L'ensemble des prestations versées en cas de décès, d'incapacité, d'invalidité ou de dépendance est estimé à 33,9 milliards d'euros pour l'année 2009.

Les sociétés d'assurances, avec 7,4 milliards d'euros de prestations, représentent 59 % des prestations payées par les organismes d'assurances complémentaires.

En 2009, les compagnies d'assurance ont collecté 7,7 milliards d'euros pour les garanties incapacité, invalidité et dépendance, soit 1 %, et versées 3,8 milliards d'euros de prestations pour ces garanties, soit 2 %.

Le nombre de contrats d'assurance obsèques en cours dans les sociétés d'assurances à la fin 2009 s'est élevé à 2,5 millions en progression de 11 % sur un an. Le montant des cotisations collectées au cours de l'année a atteint 946,7 millions d'euros, en hausse de 11 % en un an. 415 000 contrats ont été souscrits en 2009, un record correspondant à une augmentation de 17 %, bien supérieure à celle constatée en 2008, + 5 %. La collecte nouvelle a représenté 464,3 millions d'euros, + 13 %, auprès des sociétés d'assurances.



Focus sur les CCN : **Convention Collective Nationale en Prévoyance**

Une convention collective est un accord conclu par les partenaires sociaux en vue de déterminer l'ensemble des conditions d'emploi et de travail des salariés et de leurs garanties sociales.

D'une convention collective peut résulter un régime conventionnel de prévoyance. Les entreprises du champ d'application de la convention collective sont alors obligées d'adhérer à cette couverture sociale.

Il faut distinguer deux types de conventions collectives :

- Les accords collectifs étendus qui ont pour effet de rendre obligatoire la convention ou l'accord à l'ensemble des entreprises entrant dans son champ professionnel et territorial. Elles peuvent prévoir notamment des obligations en matière de régime de prévoyance avec des garanties minimum obligatoires mais peuvent également désigner un organisme pour assurer ces prestations.
- Les accords collectifs non étendus qui s'appliquent uniquement aux entreprises adhérentes d'une organisation patronale qui a signé la convention ou qui adhérera ultérieurement et les entreprises qui, individuellement, y ont adhéré.

Que contient une convention ou un accord de prévoyance ?

Un régime conventionnel de prévoyance décrit les points suivants :

- Définition de la ou des catégories de salariés affiliés à la ou aux couvertures
- Indication du caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation
- Fixation du taux de cotisation ou détermination de son montant
- Répartition de la prise en charge de la cotisation entre la part employeur et la part salariale
- Indication du ou des risques couverts
- Pour chaque garantie, détermination du mode de calcul des prestations et des conditions d'ouverture de droits
- Indication claire de toute limitation de garantie : périodes de franchises, exclusions, etc.
- Date à partir de laquelle les salariés bénéficient des garanties
- Modalités de revalorisation des prestations : indemnités journalières, rentes d'invalidité, de conjoint ou d'éducation
- Dans le cas de garanties obligatoires de complémentaire santé ou de prévoyance, indication des conditions et modalités de maintien à titre individuel de celles-ci
- Pour les garanties de prévoyance auxquelles les salariés sont obligatoirement affiliés, indication ou non de maintien individuel de garanties en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat
- Modalités selon lesquelles les prestations continuent d'être servies pour les risques réalisés avant que le régime conventionnel n'ait cessé de produire effet



Certaines obligations sont à rappeler en cas de changement d'organisme assureur :

- L'obligation de poursuivre la revalorisation des rentes de prévoyance en cours de service
- L'obligation, lorsque les salariés en arrêt de travail ou en invalidité continuent de bénéficier de la couverture du risque décès, de maintenir celle-ci.

Chiffres sur les CCN

Fin 2009, 244 conventions collectives nationales ont instauré un régime de prévoyance. Parmi celles-ci, 42 ont mis en place un régime de complémentaire santé. Les branches professionnelles couvrent ainsi, en Prévoyance et en complémentaire santé, près de 10 millions de salariés en France, hors secteur agricole et secteur public.

L'activité Prévoyance, via les conventions collectives, concerne 6 % de la Prévoyance Collective en France, 9,5 % des risques prévoyance et 1 % du risque santé.

Mécanisme de la désignation

Certaines branches professionnelles ont décidé, dans le cadre d'une convention collective ou d'un accord de créer leur propre Institution de Prévoyance, appelée institution professionnelle, ou de désigner un organisme assureur pour la gestion du régime de prévoyance négocié.

Les clauses de désignation instituent une mutualisation des risques dont la couverture est confiée à un organisme assureur, Institution de Prévoyance, auquel adhèrent obligatoirement les entreprises relevant du champ d'application de l'accord.

La loi soumet les Institutions de Prévoyance à une réglementation spécifique en cas de désignation. À titre d'exemple, le Code de la Sécurité Sociale impose à l'Institution de Prévoyance désignée, de maintenir la garantie d'assurance aux salariés d'une entreprise qui cesse de payer ses cotisations. Par ailleurs, afin d'assurer l'adhésion du plus grand nombre d'entreprises à l'institution désignée et ainsi faciliter la mutualisation des risques, cette dernière doit adresser à ces entreprises le règlement et le bulletin d'adhésion aux contrats. En outre, ces institutions doivent tenir une comptabilité distincte de leurs autres opérations et établir, en fin d'exercice, un compte de résultat spécifique à la branche concernée.

Provisionnement des risques en Prévoyance

Provision pour Sinistres À Payer - PSAP

➔ **Article R.331-6** : valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de l'entreprise. Les PSAP sont constituées pour matérialiser le montant des prestations, au titre de sinistres survenus, au cours de l'exercice d'inventaire ou d'exercices antérieurs, et non encore versées à la date d'inventaire - décalage entre la survenance et le règlement total effectif du sinistre. Les PSAP intègrent les prestations à verser ainsi que les frais de gestion nécessaires au règlement de ces prestations. Elles sont calculées par exercice de survenance, afin de pouvoir associer leurs variations au calcul du résultat technique de l'année considérée.

Pour les risques de Prévoyance, les PSAP nécessitent l'évaluation du montant des sinistres tardifs ou IBNR, *Incurred But Not Reported*, c'est-à-dire le montant des sinistres dont l'assureur prédit la survenance par des méthodes statistiques mais dont il n'a pas encore la connaissance à la date d'arrêt. Les principales causes d'existence des IBNR sont les délais de déclaration des sinistres par l'assuré, les délais de traitement par les gestionnaires et l'éventuelle existence d'une franchise. La loi EVIN impose le rattachement de ces sinistres à leur exercice de survenance, et ainsi leur prise en charge par l'organisme assureur couvrant cet exercice.



Modalités réglementaires de calcul de la PSAP - articles R. 331-15

- Elle est calculée exercice par exercice
- L'évaluation des sinistres connus est effectuée dossier par dossier, le coût d'un dossier comprenant toutes les charges externes individualisables
- Elle est augmentée d'une estimation du coût des sinistres survenus mais non déclarés - IBNR
- Elle doit toujours être calculée pour son montant brut, sans tenir compte des recours à exercer ; les recours à recevoir font l'objet d'une évaluation distincte à l'actif
- Par dérogation, l'entreprise peut utiliser des méthodes statistiques pour l'estimation des sinistres survenus au cours des deux derniers exercices, les sinistres antérieurs étant obligatoirement évalués, dossier par dossier
- Les sinistres des deux derniers exercices, autres que les sinistres corporels, sont évalués en utilisant concurremment les deux méthodes suivantes, l'évaluation la plus élevée étant retenue
- Évaluation par référence au coût moyen des sinistres des exercices antérieurs
- Évaluation basée sur les cadences de règlement observées dans l'entreprise au cours des exercices antérieurs
- En outre, une évaluation dossier par dossier peut également être utilisée pour ces sinistres. Dans ce cas, l'évaluation la plus élevée résultant de ces trois méthodes est retenue

Les méthodes de provisionnement des IBNR sont multiples : les méthodes utilisées sont des méthodes statistiques. Les méthodes les plus courantes sont basées sur les triangles de liquidation :

- Chain Ladder
- Bornhuetter-Ferguson
- GLM

Les Provisions pour Sinistres À Payer se décomposent entre :

- Les provisions pour sinistre connu correspondant aux sinistres dont l'assureur a eu connaissance à la date d'arrêt mais dont le règlement à l'assuré n'a pas été effectué
- Les IBNR correspondant aux sinistres déjà survenus à la date d'arrêt mais dont l'assureur n'a pas connaissance

Cette provision peut être calculée à partir de cadences de règlements, appelée également triangle de liquidation. Ce calcul va permettre de prévoir le montant total des sinistres, la charge ultime, afin de provisionner les paiements futurs.

Il existe plusieurs méthodes pour le calcul de la charge ultime des sinistres :

- Méthodes déterministes : méthode de Chain Ladder, de LondonChain, Bornhuetter-Ferguson
- Méthodes stochastiques : Bootstrap, Modèle de Mack

La méthode de Chain Ladder reste la méthode la plus connue et la plus répandue pour l'estimation des cadences de règlements notamment pour sa facilité de mise en œuvre.

À partir des données historiques, la méthode de Chain Ladder va permettre de calculer une cadence de développement moyenne et la charge ultime des sinistres.

Provision pour risques croissants

➔ **La provision pour risques croissants** est une provision pouvant être exigée pour les opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité. Ces risques sont classés comme des risques non-vie, mais dès lors qu'il existe un engagement de durée, ils doivent être pilotés comme des risques vie. Ainsi, la provision pour risques croissants s'apparente à la provision mathématique en assurance vie, elle est égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés.

Elle peut être vue comme une provision de primes qui permet d'assurer l'équilibre à long terme d'un contrat dont les primes payées par l'assuré sont constantes dans le temps, alors que le risque de l'assureur croît au cours des années.

Méthode d'évaluation de la PRC

Méthode viagère :

On considère un groupe fermé d'assurés en projetant cotisations et prestations année par année jusqu'à extinction de la population.

$$V_x = \sum_{k=1}^{+\infty} (m_{x+k} - n_{x+k}) \cdot \frac{{}_k P_x}{(1+i)^k}$$

m_{x+k} : coût moyen à l'âge $x+k$

n_{x+k} : cotisation à l'âge $x+k$

${}_k P_x$: probabilité de survivre jusqu'à l'âge $x+k$ sachant qu'on vit à l'âge x

Méthode temporaire :

Sur un horizon restreint, on tient compte dans le calcul de l'entrée de nouveaux assurés, de l'inflation des prestations et de l'augmentation des cotisations.

$$V_x = \sum_{k=n}^{n+h} \frac{P_k - C_k}{(1+i)^{k-n}}$$

h : horizon de projection

P_i : somme des prestations de l'année i

C_i : somme des cotisations de l'année i

Provision pour égalisation

⇨ **D'après les articles R331-3 et R331-6** du Code des Assurances, la provision pour égalisation est destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations d'assurance de groupe contre le risque décès et dommages corporels. Elle peut aussi être constituée dans le cadre de l'assurance emprunteur du fait de la nature collective des contrats. Il s'agit donc de lisser dans le temps les résultats provenant des bonnes et des mauvaises années en termes de sinistralité.

Conformément à l'article 39 du Code Général des Impôts, elle est constituée par 75 % du résultat technique annuel. La limite maximale est fixée par rapport au montant des primes acquises, nettes d'annulations et de cessions en réassurance, en fonction des effectifs assurés.

Actualité sur le cas particulier de l'assurance Emprunteur et de la participation aux bénéfices

Les articles L331-1 et A331-3 du Code des Assurances prévoient l'obligation pour les entreprises d'assurance sur la vie ou de capitalisation de faire participer les assurés aux bénéfices techniques et financiers à l'exception des contrats collectifs en cas de décès, excluant ainsi les contrats d'assurance-emprunteur. Les risques couverts : décès, incapacité et invalidité, restent difficiles à évaluer et conduisent souvent à une majoration réglementaire de la prime dans l'intérêt de l'assureur et de l'assuré.

Or, des études montrent que la prime permet aisément de couvrir les sinistres et les frais. Le solde reste donc largement créditeur permettant ainsi l'existence de la participation aux bénéfices.

Les banques ont été accusées de capter les bénéfices de l'assurance Emprunteur versés par les assureurs. Deux principaux arguments peuvent être avancés par les banques pour s'arroger le droit de bénéficier de la participation aux bénéfices des contrats emprunteurs qu'elles distribuent. Le premier consiste à revendiquer la qualité « d'assuré », le second se fonde sur l'exception posée par l'arrêté A331-3 de 1983.

Ainsi, les pouvoirs publics ont modifié la réglementation et réintroduit les contrats collectifs d'assurance décès dans le champ d'application de l'article A331-3 du Code des Assurances, obligeant ainsi les assureurs à affecter tout ou partie de ces bénéfices soit directement aux provisions mathématiques, soit à la provision pour participation aux bénéfices.

Maintien des Droits en Prévoyance

La loi Evin

Lorsqu'un salarié quitte son entreprise pour une raison indépendante de sa volonté, tel qu'un licenciement, une incapacité, une invalidité ou un départ en retraite, il peut, selon la loi Evin, réclamer à l'assureur un contrat individuel aux prestations similaires. En contrepartie, l'augmentation des cotisa-

tions mutuelle ne peut dépasser 50 %. Dans le cadre d'un contrat prévoyance groupe, la rente éducation, la rente de conjoint, les indemnités journalières, les rentes d'invalidité et d'incapacité font partie des prestations en cours de service maintenues au niveau atteint.

Les conditions du maintien à titre individuel de la couverture de prévoyance.

L'article 5 de la loi Evin ne s'applique qu'aux contrats collectifs à adhésion obligatoire.

Dans tous les cas qui conduisent à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat dans l'entreprise, le salarié peut demander à l'assureur le maintien de sa couverture de prévoyance à titre individuel. Ce maintien exclut toute sélection médicale et/ou période de franchise. Le contenu des garanties doit être sensiblement équivalent à celui de l'ancien contrat groupe. Le passage d'un contrat collectif à un contrat individuel fait perdre l'avantage de la participation de l'employeur sur le prix de la mutuelle, et les bénéfices d'une mutuelle négociée au titre de l'effectif de l'entreprise.

La loi du 8 août 1994 impose à l'entreprise d'organiser la revalorisation future des prestations en cours de service, et de maintenir la garantie décès pour les personnes en arrêt de travail lors du changement d'assureur.

Le maintien du niveau de prestation n'est pas soumis à une sélection médicale. Les articles 2 et 3 de la loi Evin du 31 décembre 1989 ont posé le principe qui, concrètement, signifie que l'organisme assureur ne peut plus objecter l'état de santé antérieur à la souscription d'un assuré pour refuser de prendre en charge ses conséquences.

Obligatoire

L'article 2 de la loi Evin vise l'ensemble des garanties de prévoyance. L'assureur doit prendre en charge toutes les conséquences d'états pathologiques antérieurs, c'est-à-dire toutes les situations, non connues ou connues, laissant apparaître un trouble de l'état de santé de l'assuré. Concrètement l'assureur s'interdit toute sélection médicale. Il peut organiser des formalités médicales afin de jauger le risque qu'il prend, mais doit produire un tarif unique pour l'ensemble du groupe : il assure tout le monde ou personne.

Les nouvelles dispositions de la loi Evin

Une jurisprudence de janvier 2009 impose une interprétation plus stricte de l'article 4 de la loi Evin, obligeant les entreprises et les assureurs complémentaires, mutuelles, Institutions de Prévoyance, assureurs privés, à maintenir les droits des demandeurs d'emploi et des retraités à l'identique.

En conséquence, l'article 4 de la loi Evin exige de façon stricte la portabilité des garanties : les contrats de sortie de groupe devront être strictement similaires en prestations au contrat obligatoire.

Le 14 janvier 2010, la Cour de Cassation fait évoluer la jurisprudence de l'article 7 de la loi Evin.

Le changement d'état, c'est à dire l'invalidité postérieure à la résiliation du contrat, doit être pris en charge par l'assureur résilié si l'invalidité a pour « fait générateur » la même maladie que pour l'incapacité survenue avant la résiliation du contrat.

Dans ces conditions, la prise en charge par l'assureur résilié n'est plus systématique. La charge de la preuve incombe à l'assuré : il doit prouver que cette invalidité est la conséquence de la maladie antérieure.

L'ANI

L'Accord National Interprofessionnel, du 11 janvier 2008, prévoit le maintien des garanties santé et prévoyance pour les chômeurs. Il est entré en vigueur le 1er juillet 2009. L'article 14 de cet accord garantit aux ex-salariés, dont la rupture de leur contrat de travail ouvre droit à l'indemnisation par l'assurance chômage, la poursuite de leurs garanties collectives en Santé et Prévoyance : Incapacité / Invalidité et Décès. Seules les entreprises dont l'activité est représentée par le MEDEF, la CGPME et l'UPA - industrie, commerce, services et artisanat - sont concernées par cet accord. Les entreprises de ces secteurs rentrent dans ce dispositif à compter du 1er juillet 2009. Cet accord ne concerne pas les entreprises des secteurs d'activité comme l'agriculture, les professions libérales et le secteur économique et social.

Profils des personnes concernées

Tous les ex-salariés éligibles à l'indemnisation chômage et ayant souscrits à un contrat collectif en Prévoyance ou en Santé par le biais de leur entreprise, bénéficient de ce dispositif. Cet accord inclut donc les contrats à durée déterminée mais exclut les salariés licenciés pour faute lourde. Le maintien des garanties est accordé à l'assuré - ex-salariés - et à ces ayants droits couverts au moment de la rupture du contrat de travail mais également à ceux qui pourraient être déclarés ultérieurement.

Durée des droits

Les garanties sont maintenues, à compter de la date de cessation du contrat de travail, pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois. La période de ce maintien de garanties variera donc en fonction de la durée d'indemnisation chômage de chaque salarié. Cependant, un ex-salarié dont le contrat de travail n'excède pas un mois, n'aura pas le droit de bénéficier à ce maintien de garantie.

Maintien des droits : Niveau de garanties

Le maintien des droits prévu par ce dispositif offre à l'ex-salarié des niveaux de garanties identiques à la couverture des actifs. Dans le cas de modifications éventuelles des dispositions prévues au niveau du contrat collectif des actifs - modification de la couverture proposée, baisse ou augmentation du tarif -, l'ancien salarié verra ses garanties et ses cotisations s'aligner sur celles des actifs. L'ex-salarié ne pourra percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui de ses allocations chômage, perçues au titre de

“

L'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 prévoit le maintien des garanties santé et prévoyance pour les chômeurs.

”

la même période, en cas d'incapacité. L'ex-salarié a la possibilité de renoncer à son maintien de couvertures. Cette renonciation est définitive et doit être notifiée par écrit à son ancien employeur dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Obligation du salarié

Pour bénéficier du maintien de garantie offert par l'ANI, l'ex-salarié devra :

- Fournir à son ancien employeur la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage
- Informer son ancien employeur de l'arrêt du versement des allocations chômage s'il intervient au cours de la période du maintien des garanties.
- S'acquitter de sa quote-part de financement à la date d'échéance des cotisations

Le non paiement de sa quote-part de financement, entraîne la perte du bénéfice du maintien des garanties pour la période restant à courir et libère l'ancien employeur de toutes obligations envers lui.

Financement

L'accord prévoit à défaut de mise en place d'une mutualisation par accord collectif, que le financement du maintien de ces garanties doit être assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié, dans les mêmes proportions que dans le cadre du contrat d'entreprise. Lorsqu'il y a eu un versement intégral de la part salariée pour la cotisation, l'ancien salarié qui reprend une activité professionnelle avant la fin de sa période de portabilité pourra, à sa demande, être remboursé du trop versé.

Impacts du maintien des garanties sur le provisionnement

Selon l'article 7 de la loi Évin, tel que modifié par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, applicable aux contrats en vigueur à compter du 1er janvier 2002, les contrats de Prévoyance Collective comportant la couverture du risque décès doivent inclure une clause de maintien de la garantie décès en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité sur laquelle la résiliation ou le non-renouvellement du contrat sont sans effet.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2002, les assureurs ont l'obligation de provisionner intégralement les engagements nés au titre du maintien des garanties décès pour les assurés dont la date d'arrêt de travail est postérieure au 31 décembre 2001. Pour les assurés dont la date d'arrêt de travail est antérieure au 31 décembre 2001, les assureurs peuvent étaler linéairement sur 10 ans le provisionnement de leurs engagements : soit 80 % en 2010, 90 % en 2011 et 100 % à partir de 2012.

Le Bureau Commun des Assurances Collectives, BCAC, a procédé à une étude concernant les bases techniques nécessaires au calcul de ces nouveaux engagements et a proposé plusieurs méthodes de provisionnement, actuariellement équivalentes, dans une note technique datée du 27 juin 2002.

Les provisions de maintien des garanties décès sont calculées tête par tête à partir des tables d'expérience du BCAC, du taux technique en vigueur au moment

du calcul, et du niveau des garanties décès prévues contractuellement.

Les deux méthodes de provisionnement proposées par le BCAC sont les suivantes :

Méthode des Capitaux Sous Risque, CSR

Cette méthode repose sur l'hypothèse que le capital sous risque est constant dans le futur et égal au capital au jour du calcul de la provision. Elle consiste à actualiser les garanties décès ; capitaux, rentes de conjoint et rentes éducation, pour les populations en incapacité et en invalidité. Cependant, cette méthode nécessite la connaissance du niveau de garantie qui serait à régler en cas de décès de l'assuré, ce niveau étant défini par la situation de famille des personnes en arrêt de travail - marié ou non, nombre d'enfants, etc.

Méthode des cotisations exonérées

Elle est utilisée lorsque la situation exacte de famille des personnes incapables ou invalides n'est pas disponible. Elle consiste à actualiser les cotisations que devrait payer une personne en arrêt de travail pour bénéficier de la couverture décès. Cette méthode nécessite la connaissance du salaire des assurés en arrêt de travail et de leurs taux de cotisation pour les risques liés au décès.

Les résultats obtenus par l'une ou l'autre de ces méthodes diffèrent d'un contrat à l'autre, selon le niveau de garanties, mais sont identiques sur des ensembles de contrats, les écarts se compensant.

Au global, la constitution de provisions au titre du maintien de la garantie Décès a conduit les organismes assureurs à ajouter une strate supplémentaire aux provisions techniques de prévoyance existantes.

Concernant l'ANI, il n'existe pas de méthode de provisionnement spécifique aux bénéficiaires de l'ANI. Par exemple, un ancien salarié, bénéficiaire de l'accord, qui tomberait en invalidité pendant la période de portabilité des droits prévue par l'ANI, percevrait alors une rente d'invalidité jusqu'à sa retraite. Il convient donc de provisionner les bénéficiaires de l'article 14 de l'accord selon les mêmes règles et méthodes que les actifs.

En revanche, les provisions constituées au titre de l'ANI ne sont pas face à des cotisations clairement définies dans la majorité des cas. Ceci est dû aux différents modes de financement choisis par les entreprises.

En termes d'impact, un an seulement après la mise en place de l'ANI, aucun retour de marché n'a encore été fait. Il est donc difficile d'évaluer le surcout qu'il représente pour les assureurs. Toutefois, même si le maintien des garanties signifie coût supplémentaire en termes de provisionnement, la durée de portabilité des droits pour l'ANI n'est que de 9 mois maximum. L'impact devrait donc être faible.



Le risque Prévoyance et Solvabilité II

❖ **Solvabilité I** permettait une grande souplesse dans la détermination des provisions mathématiques liées au risque Prévoyance. Une marge de prudence était tolérée permettant de couvrir dans leurs globalités, l'ensemble des risques sans les identifier de façon précise.

Solvabilité II se différencie en imposant une vision économique des engagements futurs des assureurs sur l'ensemble des risques. Pour un calcul de *Best Estimate* en Prévoyance, la première étape est une réflexion sur le risque et d'identifier l'ensemble des risques associés à la Prévoyance. Contrairement à la retraite ou l'épargne, où les risques sont plus sur l'épargne des fonds, en Prévoyance, les risques sont plus opérationnels ou liés aux décisions réglementaires de la Sécurité Sociale. Nous pouvons distinguer cinq types de risques principaux sur la Prévoyance.

Présence de risques environnementaux

- Modification de calcul des remboursements SS - Exemple de modification de calcul des IJ pour la SS impliquant une augmentation des IJ remboursées par les sociétés d'assurance
- Modification de l'âge de rentrée en retraite des assurés. Cette décision pourrait avoir un impact sur le provisionnement de l'ensemble des garanties, car le versement des prestations s'arrêtent dès lors que l'assuré rentre en retraite
- Impacts des pandémies et des catastrophes naturelles influencent sur les fréquences et durée des IJ indemnisées et augmentation des décès
- Augmentation des provisions mathématiques
- Apparition de mali sur les provisions
- Impact des modifications réglementaires avec l'apparition de nouvelles taxes à impacter aux cotisations des produits de Prévoyance tout en limitant l'impact sur les cotisations des assurés. Car une trop forte augmentation des cotisations impliquerait une série de résiliation des contrats. Pour rappel, les contrats sont signés pour une année et renouvelés par tacite reconduction
- Risque de changement de taux de provisionnement réglementaire et de tables réglementaires de tarification ou de provisionnement ; impact sur le mode de provision et présence de boni ou de mali dans les comptes de résultats de la société d'assurance

Risque de fraude à la déclaration

Fraude à la déclaration des arrêts de travail de courtes durées, avec versement d'Indemnités journalières difficilement contrôlables du fait de la communication de l'arrêt à la compagnie d'assurance alors que le salarié a déjà repris le travail. Pour contrer ce risque, les contrats de Prévoyance en incapacité prévoient des périodes de franchise de 90 jours afin

de limiter ces fraudes. Présence dans les contrats de Prévoyance, de délais de franchise à 3 jours rétroactifs, dès lors que les arrêts de travail dépassent une certaine durée ; généralement 90 à 120 jours.

Fraude à la non-déclaration de reprise du travail : pour contrer cette fraude et renforcer le contrôle des médecins de la Sécurité Sociale, les compagnies d'assurance font appel à des médecins conseils qui vont vérifier que les assurés sont bien en arrêt et surtout que l'arrêt est bien justifié. Normalement, les contrats de Prévoyance prévoient un versement d'Indemnités journalières dès acceptation de l'arrêt par les médecins de la Sécurité Sociale. Ces contrôles ne remplacent pas l'avis des médecins de la Sécurité Sociale, mais en cas de conclusions différentes entre médecins de la SS et médecins conseils sur un assuré en arrêt de travail, un médecin tiers intervient pour arbitrer la décision.

Risques à la souscription

En Prévoyance Collective, risque de tarification sur une démographie non représentative de la population réelle assurée et donc risque de sur/sous tarification impliquant une dégradation rapide du rapport Sinistre à Prime du contrat. Ce constat ne peut s'observer que suite à l'envoi par la société des Déclarations Annuelles Des Salariés, DADS, information non obligatoire et souvent non fournie lors de l'étude de tarification.

Risques de dérives de consommation

- Risques sur le stock de provisions mathématiques impactés par des risques de marché lors de l'allocation de ces provisions sur des marchés à risques.
- Risque sur la détermination des IBNR, dans les cas où les hypothèses utilisées pour le provisionnement de ces sinistres déjà survenus mais non connus par l'assureur ne permettraient pas de couvrir les versements futurs dès leurs déclarations.

Risques liés à l'activité

Risque juridique avec suivi du contentieux à l'aide d'indicateurs mis en place :

- Suivi de la réassurance, avec récession des cotisations et des prestations aux réassureurs.
- Risque de performance du portefeuille analysé par un suivi des résiliations lors de la période de renouvellement des contrats suite à la période de surveillance du portefeuille et analyse des entrées dans le portefeuille avec les nouvelles affaires.
- Suivi de non dégradation du rapport Sinistre à Prime global du portefeuille pouvant impacter les comptes globaux de la compagnie d'assurance.



Mémento : Traitement fiscal et social Au niveau des prestations

Causes	Prestation	Cadre fiscal	Cadre social
Cadre fiscal et social des prestations du régime général			
Maladie non professionnelle	Indemnités journalières	Soumises à l'impôt sur le revenu	- CRDS de 0,5 % - CSG de 6,2 %
	Pension d'invalidité	Soumises à l'impôt sur le revenu - comme des pensions (contrat de travail en vigueur) - comme des salaires (rupture du contrat de travail)	
Maladie professionnelle	- Indemnités journalières - Indemnités temporaires d'incapacité (max 1 mois)	Soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant (depuis le 01 / 01 / 2010)	- CRDS de 0,5 % - CSG de 6,2 %
Accident du travail	- Rente d'Incapacité permanente / Invalidité	Exonérée d'impôt sur le revenu	Exonérée de prélèvements sociaux
Maternité	Indemnités journalières	Soumises à l'impôt sur le revenu	- CRDS de 0,5 % - CSG de 6,2 %
Décès	Capital	Exonérée d'impôt sur le revenu et d'impôt sur les successions	Exonérée de prélèvements sociaux
	Allocation veuvage	Soumises à l'impôt sur le revenu comme une pension	- CRDS de 0,5 % - CSG de 6,6 %
Cadre fiscal et social des prestations du régime complémentaires			
Maladie Maternité Accident du travail	Indemnités journalières	Soumises à l'impôt sur le revenu - comme des pensions (contrat de travail en vigueur) - comme des salaires (rupture du contrat de travail)	- Cotisation de Sécurité Sociale : • Contrat en vigueur : assujetties au prorata de la participation employeur • Après rupture de contrat : non assujetties - ASSEDIC : non assujetties - CSG / CRDS • Contrat en vigueur : assujetties au prorata de la participation employeur après abattement de 3 % aux taux 8,2 % pour la CSG et 0,5 % pour la CRDS • Sinon : assujetties à 6,6 % (CSG) et 0,5 % (CRDS)
Invalidité	Rentes Invalidité	Soumises à l'impôt sur le revenu comme une pension	- Cotisation de Sécurité Sociale : non assujetties - Assujetties aux taux de 6,6 % (CSG) et 0,5 % (CRDS)
Décès	Capital	Exonérée d'impôt sur le revenu mais peut être soumise aux droits de mutation à titre gratuit si le bénéficiaire n'a pas été désigné	
	Rentes	Soumises à l'impôt sur le revenu comme une pension	

Au niveau des cotisations des régimes complémentaires

Cadre fiscal des cotisations des régimes complémentaires			Cadre social des cotisations des régimes complémentaires					
Pour l'entreprise		Pour le salarié	Cotisations salariales		Cotisations patronales			
Cotisations salariales	Cotisations patronales	Cotisations salariales & patronales						
Soumise à la taxe sur les salaires pour leur montant total	Non soumises à la taxe sur les salaires	Soumises à l'impôt sur les sociétés	Soumises à l'impôt sur le revenu	Soumises aux cotisations sociales : - Sécurité Sociale - Assurance chômage et de retraite complémentaire	Soumises à la CSG (7,5 %) et à la CRDS (0,5 %)	Exonérées de cotisations sociales	Soumises à la CSG (7,5 %) et à la CRDS (0,5 %)	Soumises à la taxe de 8 % (art. 8 de l'ordonnance n°96-51 du 24/01/96 et art. 14 de la loi n°97-154 du 19/12/97)
Limite de déductibilité		La rémunération globale des salariés (y compris le montant des cotisations de retraite) ne doit pas présenter un caractère excessif	Les cotisations salariale et patronales sont déductibles si le salarié est affilié à titre obligatoire dans la limite suivante : > 3 % de la rémunération annuelle brute > + 7 % du PASS sans que le total excède 3 % de 8 PASS* (soit un maximum de 8 308,80 € pour 2010)		3 % du montant de la cotisation	> 1,5 % de la rémunération annuelle brute > + 6 % du PASS sans que le total excède 12 % du PASS (soit un maximum de 4 154,40 € pour 2010)	3 % du montant de la cotisation	

* Montant du PASS en 2010 : 34 620 €

Conclusion

↳ Le monde de la Prévoyance Collective n'est qu'au début de sa métamorphose, le désengagement de la Sécurité Sociale afin de réduire sa dette ne va qu'augmenter l'importance de ce secteur. La problématique des Compagnies d'assurance et des mutuelles sera de répercuter ces engagements futurs sans augmentations trop importantes des cotisations tout en pilotant de façon rigoureuse les comptes de résultats de l'ensemble des risques associés à la Prévoyance pour ne pas être déficitaire. Il ne faut pas que le « trou de la Sécu » se transforme en « un trou de la complé-

mentaire Prévoyance ». Les organismes d'assurance vont devoir mettre en place de nombreux et coûteux projets afin d'adapter leurs systèmes d'informations aux nouvelles réglementations et augmenter leurs provisions pour risques inconnus afin de couvrir les engagements futurs des nouvelles garanties. La mise en place de Solvabilité II, imposant que les provisions soient calculées sur des risques définis, a modifié les méthodes de calcul des provisions techniques et de détermination des IBNR empêchant le « gonflement » habituel des IBNR qui permettait d'atteindre un rapport Sinistres à Primes S/P global en Prévoyance cible. Un travail de modélisation optimal et rigoureux des provisions mathématiques en Prévoyance va devoir être effectué par l'ensemble des compagnies d'assurances et mutuelles. Une fois tous ces travaux réalisés et amortis par les acteurs de la Prévoyance, quelles nouvelles réglementations ou décisions de l'Etat auront un impact sur le secteur de la Prévoyance ?



optimind :::

Qui sommes-nous ?

Société de conseil en actuariat et gestion des risques, OPTIMIND est un interlocuteur de référence pour les assureurs, mutuelles, banques et grandes entreprises qui souhaitent un partenaire métier les accompagnant dans leurs projets. Éthique, déontologie, expertise, méthode, pragmatisme et investissement sont les valeurs clefs qui animent les soixante-dix consultants, actuaires et experts métier d'OPTIMIND. Nos clients bénéficient ainsi d'une prestation de qualité associée à la signature d'une société de conseil reconnue.

OPTIMIND s'organise autour des métiers suivants :

- > Actuariat Conseil
- > Actuariat Entreprise
- > Projets & Maîtrise d'Ouvrage
- > Risk Management
- > Audit & Contrôle interne

Concepteur de valeur ajoutée

Optimind

46 rue la Boétie
75008 Paris
T / 01.48.01.91.66
F / 01.48.01.08.82

www.optimind.fr

