

LES CLAUSES DE RECOMMANDATION D'ORGANISMES D'ASSURANCE DANS LES ACCORDS DE BRANCHE EN PRÉVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ

État des lieux dans les
Conventions Collectives Nationales (CCN)
de + 50 000 salariés



ÉDITION 2021



DIRECTION
JURIDIQUE

Isabelle Parienté-Mercier
Directeur juridique

Rémi Lestrade
Chargé d'études juridiques

SOMMAIRE

04 AVANT-PROPOS

05 PRINCIPALES DONNÉES DES 65 ACCORDS DE BRANCHE EN PRÉVOYANCE (CCN de + 50 000 salariés)

05 PRINCIPALES DONNÉES DES 39 ACCORDS DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ (CCN de + 50 000 salariés)

07 RAPPEL DES GRANDES CARACTÉRISTIQUES DU DISPOSITIF DES CLAUSES DE RECOMMANDATION

- 07 Une procédure de mise en concurrence des organismes d'assurance
- 07 Des garanties présentant un degré élevé de solidarité
- 08 L'obligation d'application d'un tarif unique et de garanties identiques
- 08 L'obligation d'accepter toutes les entreprises de la branche
- 08 L'obligation de révision quinquennale
- 08 L'obligation de reporting des organismes d'assurance recommandés : contenu du rapport au Ministère des Solidarités et de la Santé

AVANT-PROPOS

Au 1^{er} janvier 2014, le dispositif des clauses de recommandation s'est substitué dans le Code de la sécurité sociale à celui des clauses de désignation pour la couverture des branches professionnelles notamment en prévoyance et en frais de santé.

Sept ans après l'instauration des clauses de recommandation, force est de constater que ce nouveau dispositif n'a été que peu utilisé par les partenaires sociaux dans le domaine historique de négociation des couvertures de prévoyance.

En 2013, sur près de 800 branches professionnelles recensées par les pouvoirs publics (conventions collectives nationales, territoriales, voire départementales), on dénombrait environ 300 accords nationaux de prévoyance au sein desquelles un peu moins de 170 accords comportait une clause de désignation d'organismes d'assurance.

En mars 2020, il n'existe plus que 250 branches dans le paysage conventionnel, suite au mouvement important de restructuration des branches professionnelles initié par les pouvoirs publics depuis la loi du 8 août 2016.¹ Il est donc difficile de tenter d'effectuer une comparaison directe du nombre de branches ayant négocié une clause de désignation avant 2013 avec le nombre de branches ayant introduit une clause de recommandation au cours des sept dernières années.

Au 31 décembre 2020, il existe 65 CCN de plus de 50 000 salariés qui disposent d'un accord de branche en prévoyance (couvrant 13,1 millions de salariés) et 39 CCN de plus de 50 000 salariés qui disposent d'un accord de branche en frais de santé (couvrant 7,3 millions de salariés).

Il est important de relever que la très grande majorité des branches ayant signé un accord en prévoyance sont celles qui ont signé un accord en santé, mais il existe quelques exceptions.

Parmi ces 104 accords de branche en prévoyance et frais de santé, moins d'un tiers comporte une clause de recommandation toujours en vigueur au 1^{er} janvier 2021 (soit 32 clauses) : **14 clauses de recommandation en prévoyance et 18 clauses de recommandation en frais de santé.**

La présente étude porte sur les clauses de recommandation existantes dans ces 65 CCN en prévoyance et 39 CCN en frais de santé de plus de 50 000 salariés.²

¹ La restructuration des branches professionnelles (Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion – Octobre 2020) : « À la date du 31 mars 2020, on dénombre ainsi, dans le paysage conventionnel du régime général, 250 branches. Pour une trentaine d'entre elles initialement visées par une procédure de fusion administrative, les concertations se poursuivent. À l'issue de ces travaux, le régime général devrait compter 217 branches professionnelles ».

² Les informations recueillies pour la présente étude sont issues de la base de données ELnet Conventions collectives (Editions Législatives). Les effectifs de salariés sont publiés par la DARES.

PRINCIPALES DONNÉES DES **65 ACCORDS** DE BRANCHE EN PRÉVOYANCE

(CCN de + 50 000 salariés)

- En prévoyance, 78% des 65 accords de plus de 50 000 salariés laissent aux entreprises de la branche le soin de choisir leur organisme d'assurance, sans aucune recommandation (soit 51 CCN qui couvrent 11,4 millions de salariés). **Seulement 22% de ces accords comportent une clause de recommandation en prévoyance (soit 14 CCN qui couvrent 1,7 million de salariés).**
- Le libre choix de l'organisme d'assurance est donc quasiment devenu la norme dans le secteur de la prévoyance. Ce constat montre clairement que le dispositif des clauses de recommandation n'a pas été perçu comme une solution de remplacement du

dispositif des clauses de désignation. La quasi-totalité des CCN qui laissent aujourd'hui aux entreprises le libre choix de l'organisme d'assurance correspondent à celles qui comportaient une clause de désignation dont la durée de validité a expiré à la suite de la décision n°2013-672 du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013.

- Parmi les organismes d'assurance recommandés en prévoyance, les institutions de prévoyance et unions sont de très loin les premières à être recommandées (76%) devant les sociétés d'assurances (24%). Aucune mutuelle n'est recommandée dans ces 65 accords en prévoyance.

PRINCIPALES DONNÉES DES **39 ACCORDS** DE BRANCHE EN FRAIS DE SANTÉ

(CCN de + 50 000 salariés)

La situation est sensiblement différente de celle observée en prévoyance pour les accords en frais de santé signés dans les grandes branches.

- **En frais de santé, 46 % des 39 accords de plus de 50 000 salariés comportent une clause de recommandation (soit 18 CCN couvrant 3,4 millions**

de salariés). 54% de ces accords laissent aux entreprises de la branche le soin de choisir leur organisme d'assurance, sans aucune recommandation (soit 21 CCN couvrant 3,9 millions de salariés).

- Parmi les organismes d'assurance recommandés en frais de santé, ce sont les mutuelles qui sont au-

aujourd'hui majoritairement représentées (55%), devant les institutions de prévoyance (40%) et les sociétés d'assurance (5%).

- En pratique, le mécanisme de la clause de recommandation a été un peu plus utilisé par les partenaires sociaux pour la signature d'accords en santé - donc pour la mise en œuvre de la couverture d'un risque court - alors que :

→ les contrats complémentaires santé solidaires et responsables font l'objet d'une hyper-réglementation, laissant de moins en moins de marge de manœuvre aux partenaires sociaux,

→ le législateur a autorisé en 2018 la résiliation infra-annuelle des contrats complémentaire santé ce qui place les organismes d'assurance recommandés dans une situation paradoxale : en effet, durant un délai maximum de 5 ans la recommandation leur interdit de refuser l'adhésion d'une entreprise de la branche concernée, alors que l'entreprise adhérente, à l'expiration d'un délai d'un an est désormais en droit de résilier son contrat à tout moment.

NOMBRE DE CLAUSES DE RECOMMANDATION NÉGOCIÉES DANS LES CCN DE + 50 000 SALARIÉS (PRÉVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ)

	Accords PRÉVOYANCE	Accords FRAIS DE SANTÉ
Clause de recommandation	14 CCN (22%) 1,7 million de salariés	18 CCN (46%) 3,4 millions de salariés
Absence de recommandation	51 CCN (78%) 11,4 millions de salariés	21 CCN (54%) 3,9 millions de salariés

RÉPARTITION DES ORGANISMES D'ASSURANCE RECOMMANDÉS DANS LES CCN DE + 50 000 SALARIÉS (PRÉVOYANCE ET FRAIS SANTÉ)

	Accords PRÉVOYANCE	Accords FRAIS DE SANTÉ
Institution de prévoyance	26 (76%)	21 (40%)
Mutuelle	0	29 (55%)
Société d'assurance	8 (24%)	2 (5%)

RAPPEL DES GRANDES CARACTÉRISTIQUES DU DISPOSITIF DES CLAUSES DE RECOMMANDATION

Le recours aux clauses de recommandation est encadré par des règles impératives qui s'imposent à toute commission paritaire de branche. On peut les résumer de la manière suivante :

- Respect d'une procédure de mise en concurrence des organismes d'assurance,
- Obligation de prévoir des garanties présentant un degré élevé de solidarité,
- Obligation de prévoir un tarif unique et des garanties identiques,
- Obligation pour l'organisme d'assurance recommandé d'accepter toutes les entreprises de la branche,
- Révision périodique de la recommandation selon un délai maximum de 5 ans,
- Obligation de reporting des organismes d'assurance recommandés : contenu du rapport au Ministère des Solidarités et de la Santé.

UNE PROCÉDURE DE MISE EN CONCURRENCE DES ORGANISMES D'ASSURANCE

Toute clause de recommandation instituée par accord collectif de branche doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes d'assurance dans des conditions de **transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats** (Décret n°2015-13 du 8 janvier 2015).

Cette procédure est organisée par la commission paritaire de branche qui publie un avis d'appel à la concurrence et élabore un cahier des charges pour les organismes candidats (garanties et services souhaités,

durée maximale de la clause de recommandation, assiette et structure des cotisations ; conditions de révision des cotisations ; obligations incombant aux organismes recommandés ...).

Le choix final du ou des organismes d'assurance retenus relève de la seule compétence de la commission paritaire.

DES GARANTIES PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

La validité des clauses de recommandation est subordonnée à la présence de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif (Décret n°2014-1498 du 11 décembre 2014).

Pour être considérés comme présentant un degré élevé de solidarité, les accords de branche doivent affecter au moins 2 % du montant de la cotisation au financement des prestations non contributives suivantes :

→ **la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation** de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;

→ **le financement d'actions de prévention** concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés

comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres au champ professionnel ou interprofessionnel concerné et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;

→ **la prise en charge de prestations d'action sociale**, comprenant notamment :

- soit à titre individuel l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
- soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit l'attribution, suivant des critères définis par l'accord, d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

L'OBLIGATION D'APPLICATION D'UN TARIF UNIQUE ET DE GARANTIES IDENTIQUES

Les organismes d'assurance recommandés doivent appliquer un tarif unique pour toutes les entreprises et offrir des garanties identiques à tous les salariés.

L'OBLIGATION D'ACCEPTER TOUTES LES ENTREPRISES DE LA BRANCHE

Les organismes d'assurance recommandés ne peuvent pas refuser l'adhésion d'une entreprise qui relève du champ d'application de l'accord de branche.

L'OBLIGATION DE RÉVISION QUINQUENNALE

Les accords collectifs de branche doivent obligatoirement comporter une clause de révision fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées (5 ans au maximum). La procédure de mise en concurrence entre les organismes candidats est de nouveau applicable au moment du réexamen de la clause de recommandation.

L'existence de cette clause est une condition de validité des accords de branche : en l'absence d'une telle clause, l'accord est entaché de nullité dans son intégralité, la nullité ne se limitant pas à la seule clause de recommandation (Cass Soc., 9 oct. 2019, pourvoi n° 18-13.314).

L'OBLIGATION DE REPORTING DES ORGANISMES D'ASSURANCE RECOMMANDÉS : CONTENU DU RAPPORT AU MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Les organismes d'assurance recommandés doivent adresser annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un **rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre technique** (Décret n°2015-752 du 24 juin 2015).

Ce rapport annuel doit être adressé 2 mois au plus tard après l'approbation des comptes et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Lorsque plusieurs organismes sont recommandés dans le cadre d'une offre commune, le rapport annuel sera élaboré et remis conjointement.

Le rapport analyse les caractéristiques des entreprises ayant rejoint le ou les organismes recommandés, notamment au regard du nombre de salariés, de l'âge des assurés, de la part d'hommes et de femmes parmi les assurés, ainsi que de leur classification et de l'implantation géographique des établissements. Le rapport indique les moyens mis en œuvre afin d'augmenter le cas échéant le taux de recours aux organismes recommandés.

Les données chiffrées établies conformément au modèle des états statistiques ACPR E1-0 et E-1-1 (mise en œuvre du régime), E-2-1 à E-2-4 (éléments de solidarité), E-3 (équilibre du régime) sont jointes au rapport annuel.

Concernant les **éléments de solidarité**, le rapport doit recenser les prestations à caractère non directement contributif mises en œuvre en précisant **la part de prime ou de cotisation affectée à leur financement ainsi que leur coût effectif**.

→ Lorsque l'accord a prévu une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion, le rapport précisera les modalités de prise en charge de la prime ou de la cotisation et les catégories de bénéficiaires.

→ Lorsque l'accord a prévu le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale, le rapport décrira les actions de prévention, leurs modalités de mise en œuvre, ainsi que les publics ciblés.

→ Lorsque l'accord a mis en œuvre la prise en charge de prestations d'action sociale, le rapport doit détailler les types d'aides octroyées ainsi que leurs conditions d'attribution.

→ Lorsque l'accord prévoit le financement d'autres prestations à caractère non directement contributif participant du degré élevé de solidarité, le rapport décrira ces prestations, leurs objectifs, ainsi que les personnes qui en ont bénéficié.

Enfin, concernant **l'équilibre technique du régime**, le rapport doit fournir le ratio des cotisations au regard des prestations et la part des cotisations affectée aux frais de gestion ainsi qu'aux frais d'acquisition. Le rapport compare l'équilibre du régime par rapport à l'exercice précédent.

À PROPOS DU CTIP

Le CTIP représente l'ensemble des institutions de prévoyance, organismes d'assurance de personnes à but non lucratif, à gouvernance paritaire et spécialisés dans le contrat collectif. Elles couvrent 13 millions de salariés, soit près d'un actif sur deux, à travers 2 millions d'entreprises en santé et en prévoyance. Le CTIP défend les intérêts de ses 38 adhérents auprès des pouvoirs publics nationaux et européens et les accompagne dans toutes les évolutions techniques et juridiques ayant un impact sur leur métier. Il contribue à développer une information pédagogique sur la protection sociale complémentaire collective.



DANS LA MÊME COLLECTION

ÉDITION 2021

Les garanties de prévoyance dans les 35 accords de branche de + 100 000 salariés

Maintien des garanties de protection sociale complémentaire des salariés placés en activité partielle
Point sur la négociation collective de branche et rappel des textes applicables en janvier 2021

Les accords de branche en frais de santé
État des lieux dans les Conventions Collectives Nationales (CCN) de + 100 000 salariés



10 rue Cambacérés
75008 Paris

www.ctip.asso.fr