

# **Actualité en matière de retraite et prévoyance : ce qui change en 2016**

Mardi 26 janvier 2016

Avec l'aimable participation de Agathe Denéchère, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire à la Direction de la sécurité sociale.

## **Partie 1 : prévoyance /santé**

- I. Généralisation de la complémentaire santé
- II. Contrats responsables
- III. Article 4 loi « Evin » : analyse du projet de décret
- IV. Clause de désignation/labellisation

## **Partie 2 : retraite complémentaire**

- I. Quelles sont les catégories possibles en retraite supplémentaire ? Retour sur les redressements en cours et les rescrits
- II. Les mesures de plafonnement des redressements en matière de retraite et de prévoyance/santé dans la LFSS pour 2016
- III. La réforme des régimes AGIRC/ARCCO et ses conséquences dans l'entreprise et sur les régimes de retraite supplémentaire
- IV. Retraite à prestations définies

# Partie 1 : prévoyance/santé

Florence Duprat-Cerri, avocat conseil, responsable Retraite et Prévoyance

Olivier Dutheillet de Lamothe, avocat associé, responsable de la Doctrine sociale

## Partie 1 : prévoyance/santé

### I. Généralisation de la complémentaire santé

A/ L'obligation de financement à 50 % ne concerne-t-elle que les garanties minimales prévues par la loi ?

B/ Quid des clauses d'ancienneté ?

C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n °2015-1883 du 30 décembre 2015) ?

D/ Création de nouvelles dispenses de plein droit

E/ Les cas de dispenses d'adhésion qui restent facultatifs

## I. A/ L'obligation de financement à 50 % ne concerne-t-elle que les garanties minimales prévues par la loi ? (1/2)

- La **loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013**, transposant l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, a prévu la généralisation à tous les salariés des complémentaires santé au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016.
- À cette date, tous les employeurs, quelque soit leur effectif, devront avoir mis en place une couverture collective et obligatoire de frais de santé au bénéfice de leurs salariés, financée au moins à hauteur de la moitié de la cotisation par l'entreprise et offrant des garanties au moins égales à un panier minimal de soins défini par un décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.
- Avant la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 : interprétations divergentes entre une partie des acteurs de la protection sociale complémentaire et l'Administration.
- **L'article 34 II de la LFSS pour 2016** a modifié l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale (CSS) pour préciser que l'employeur doit financer la moitié de la couverture collective obligatoire des salariés (et non « cette » couverture minimale) donc même si elle est supérieure à la couverture minimale imposée par la loi du 14 juin 2016.
- **Article L. 911-7 III du CSS** : « *L'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident* ».

## I. A/ L'obligation de financement à 50 % ne concerne-t-elle que les garanties minimales prévues par la loi ? (2/2)

- **Circulaire DSS questions-réponses du 29 décembre 2015** : précise que si le régime frais de santé couvre à titre obligatoire les ayants-droit, l'obligation faite à l'employeur, par l'article L. 911-7 du CSS modifié, de financer la moitié du coût de la couverture porte également sur la cotisation des ayants droit (**QR7 - circulaire DSS du 29 décembre 2015**).
- La Direction de la sécurité sociale (DSS) précise par ailleurs que « *la vérification du respect de l'obligation légale d'un financement minimal par l'employeur de l'ensemble de la couverture collective à caractère obligatoire ne relève pas de l'URSSAF* » (**QR1 - circulaire DSS du 29 décembre 2015**).
- Ainsi, le non respect de cette obligation ne peut être un motif de redressement de la part des URSSAF.
- Non prise en compte de la participation du CE (**QR6 - circulaire DSS du 29 décembre 2015**) : « *La participation du comité d'entreprise pourra donc venir en déduction du financement de la part salariale, mais l'employeur doit assurer un financement minimal de 50 % de l'ensemble de la couverture collective à adhésion obligatoire.*

*Dans ce cas, les conditions dans lesquelles l'exemption d'assiette peut s'appliquer à la prise en charge des cotisations par le comité d'entreprise restent inchangées* » (**QR 19 - lettre circulaire ACOSS du 4 février 2014**) .

## I. B/ Quid des clauses d'ancienneté ? (1/2)

- Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en application de l'article L. 911-7 du CSS relatif à la généralisation de la complémentaire santé, tous les salariés doivent être couverts en matière de frais de santé. La **lettre-circulaire ACOSS du 12 août 2015** prévoit qu'« *aucun salarié ne pourra être exclu d'une couverture santé au titre d'une clause d'ancienneté d'un contrat* ».
- Pour autant, **l'article R. 242-1-2 du CSS** relatif aux exonérations de charges sociales continue d'autoriser l'utilisation d'une clause d'ancienneté dans les régimes de remboursement de frais de santé : « *Le fait de prévoir que l'accès aux garanties est réservé aux salariés [...] de plus de six mois d'ancienneté pour les autres prestations [les frais de santé] ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties* » (**article R. 242-1-2 du CSS, dernier alinéa**).
- Risques encourus en l'absence de suppression de la clause d'ancienneté :
  - absence **en principe** de risque URSSAF : « *Si un acte juridique instituant une couverture collective obligatoire en santé, conclu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016, prévoit une clause d'ancienneté (dans la limite de six mois), cette clause ne pourrait être retenue comme un motif de redressement de la part des URSSAF* » (**QR1 - circulaire DSS du 29 décembre 2015**) ;
  - contestation de la part d'un salarié n'ayant pas l'ancienneté requise et qui demanderait le bénéfice des garanties mises en place ;
  - quid en cas de mise en place d'un régime de frais de santé différent selon l'ancienneté du salarié mais couvrant bien l'ensemble du personnel ?

# I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (1/8)

- L'article 34 de la LFSS pour 2016 prévoit une nouvelle dispense d'adhésion spécifique et la **création d'un « chèque santé »** pour les contrats très courts et à temps très partiel.

## 1. Création d'une nouvelle dispense d'adhésion

- Salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission **dont la durée de la couverture collective** et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé **est inférieure à 3 mois** (art. L. 911-7 III du CSS).
  - Exemple : le salarié a un CDD de 2 mois. L'accord de branche prévoit qu'il bénéficiera de la couverture collective obligatoire pendant 4 mois. Le salarié n'est pas concerné par ce cas de dispense d'ordre public (**QR2 - circulaire DSS du 29 décembre 2015**).

# I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (2/8)

## 2. La possibilité d'exclure certains contrats de courte durée de la généralisation de la complémentaire santé en contrepartie du versement d'un « chèque santé »

- L'article 34 de la LFSS pour 2016 a inséré un nouvel article L. 911-7 -1 dans le CSS.

### ➤ Quels salariés sont concernés ?

- La loi permet **d'exclure de la couverture** santé en vigueur dans l'entreprise (et de la portabilité) les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission **est inférieure ou égale à trois mois** ou ceux dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est **inférieure ou égale à 15 heures par semaine**.
- En contrepartie de cette exclusion, les employeurs doivent cependant verser un « chèque santé » pour ceux bénéficiant d'une couverture de frais de santé respectant le cahier des charges des contrats « responsables ».
- Quid des contrats de courte durée ne bénéficiant pas d'une couverture de frais de santé respectant le cahier des charges des contrats « responsables » ? Peuvent-ils être exclus ?

# I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (3/8)

## ➤ Comment ?

- Il faut en principe un **accord de branche** qui prévoit cette exclusion.
- **Art. L. 911-7-1 III du CSS** : « *En l'absence d'accord de branche relatif à la couverture mentionnée au I de l'article L. 911-7 ou lorsque celui-ci le permet* », cette exclusion peut être opérée par accord d'entreprise.
- **Dérogation temporaire : jusqu'au 31 décembre 2016** l'employeur pourra par décision unilatérale procéder à cette exclusion, le cas échéant en contrepartie au moyen du « chèque santé », sous les mêmes conditions et limites, **à condition toutefois que les salariés ne soient pas déjà couverts à titre collectif et obligatoire** (article 34 V de la LFSS pour 2016).
  - Remarque : à ce jour, plusieurs branches professionnelles ont déjà mis en place des dispositifs spécifiques adaptés aux salariés sous contrat court ou à faible temps partiel (propreté, restauration rapide, pigiste, etc.).
  - Exemple : régime de couverture des frais de soins de santé des journalistes rémunérés à la pige : les partenaires sociaux ont conclu un avenant le 24 septembre 2015 prévoyant que les employeurs financeront un fond prenant en charge une partie des cotisations des journalistes pigistes adhérant à ce régime.
- Quid de l'articulation avec les nouveaux textes ?

## I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (4/8)

### ➤ Sous quelles conditions bénéficier du « chèque santé »

- Pour bénéficier « du chèque santé », le salarié devra justifier qu'il est couvert par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les exigences des contrats « responsables » (**article L. 911-7-1 II du CSS**).
- Ce versement n'est pas cumulable avec les dispositifs suivants : CMU-C, ACS, bénéfice d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

# I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (5/8)

## ➤ Mode de calcul du montant du « chèque santé »

- **Article D. 911-8 CSS** : le montant du « chèque santé » est calculé mensuellement sur la base d'un montant de référence auquel est appliqué un coefficient.
- **Montant de référence** : il correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture santé pour la catégorie à laquelle appartient le salarié et pour la période concernée. Elle tient compte, le cas échéant, de la rémunération du salarié.
  - **Lorsque tout ou partie de la contribution est forfaitaire** et indépendante de la durée effective de travail, il lui est appliqué un coefficient égal au rapport, dans la limite de 1, entre la durée effective de travail, telle qu'elle résulte sur le mois considéré des dispositions prévues par le contrat de travail du salarié, et la durée mensualisée correspondant à la durée légale du travail. Ce coefficient n'est pas applicable, le cas échéant, à la composante de la contribution proportionnelle à la rémunération (**circulaire DSS 29 décembre 2015**).
  - **X=  $\frac{\text{montant de la contribution} \times (\text{nombre d'heures mensualisées} < 151,67)}{151,67}$**
  - **Le montant de référence ne peut être inférieur à 15 euros ou, pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime local Alsace-Moselle à 5 euros.**
- **Salariés mis à disposition** : le calcul du versement s'effectue, pour les salariés mis à disposition dans le cadre de l'article L. 5132-9 du Code du travail, sur le fondement du nombre d'heures faisant l'objet de cette mise à disposition.

## I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (6/8)

- **En l'absence de montant applicable au financement de la couverture collective et obligatoire** : le montant de référence est fixé à 15 euros ou, pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime local Alsace-Moselle à 5 euros.
- Il est appliqué à l'un ou l'autre de ces deux montants un coefficient égal au rapport, dans la limite de 1, entre la durée effective de travail, telle qu'elle résulte sur le mois considéré des dispositions prévues par le contrat de travail du salarié, et la durée mensualisée correspondant à la durée légale du travail. Ces montants sont revalorisés chaque année, au 1<sup>er</sup> janvier, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, suivant l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure, et arrondis à la deuxième décimale la plus proche.
- **Coefficient portabilité** : il est appliqué un coefficient de majoration au montant de référence, représentatif de la portabilité prévue à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.
  - Ce coefficient est de :
    - 105 % pour les salariés en CDI ;
    - 125 % pour les salariés en CDD ou contrat de mission.

# I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (7/8)

## ➤ Régime social du « chèque santé »

- L'article L. 242-1 du CSS s'applique aux sommes versées au titre du versement santé instauré par l'article L. 911-7-1 du même Code. En conséquence, elles sont exonérées de cotisations sociales dans les conditions et limites fixées par cet article et soumises à la CSG-CRDS, et le cas échéant au forfait social au taux de 8 %, si celui-ci emploie au moins 11 salariés ;
- La Direction de la sécurité sociale (DSS) précise dans son questions-réponses du 29 décembre 2015 que :  
*« Pendant la phase d'appropriation des modalités relatives au calcul du versement santé, les organismes de recouvrement respecteront des consignes de souplesse et de bienveillance dans les contrôles. Il s'attacheront en particulier lors des contrôles de l'application du régime social afférant au versement santé à ne pas procéder à des régularisations en cas de calcul erroné des contributions versées au cours des six premiers mois de l'année 2016 et à faire preuve de pédagogie dans les observations apportées ».*

# I. C/ Quels aménagements pour les contrats de courte durée (analyse du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015) ? (8/8)

- **Cas pratiques**

- **Exemple n° 1** : la contribution de l'employeur est égale à 1 % du salaire. Le salaire est de 1 500 €. Dans ce cas, le montant de référence sera de 15 € ( $1\% \times 1\,500\text{ €} = 15\text{ €}$ ). Pour un salarié en CDD, le coefficient de majoration sera de 125 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 18,75 € ( $15\text{ €} \times 125\%$ ).
- **Exemple n° 2** : la contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 €. Le salarié travaille 35 heures par semaine à temps plein dans le cadre d'un CDD de moins de 3 mois, pour lequel le contrat collectif obligatoire ne lui garantit pas une couverture en complémentaire santé d'au moins trois mois. Dans ce cas, le montant de référence est égal à 20 €. Le coefficient de majoration sera de 125 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 25 € ( $20\text{ €} \times 125\%$ ).
- **Exemple n° 3** : la contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 €. Le salarié travaille 50 heures par mois, dans le cadre d'un CDI. Dans ce cas, le montant de référence est égal à 10 € ( $20\text{ €} \times 50\text{ h} / 151,67\text{ h} = 6,59\text{ €} > 15\text{ €} \times 50\text{ h} / 151,67\text{ h} = 4,95\text{ €}$ ). Le coefficient de majoration sera de 105 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 6,92 € ( $6,59\text{ €} \times 105\%$ ).
- **Exemple n° 4** : la contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 €. Le salarié a un contrat de travail de 15 jours travaillés à temps plein (journée de 7 heures). Dans ce cas, le montant de référence est égal à 13,84 € ( $= 20\text{ €} \times 7\text{ h} \times 15\text{ j} / 151,67\text{ h}$ ). Le coefficient de majoration sera de 125 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 17,30 € ( $13,84\text{ €} \times 125\%$ ).

## I. D/ Création de nouvelles dispenses de plein droit (1/5)

### ➤ Rappel sur les cas de dispense d'adhésion de plein droit avant la LFSS pour 2016 :

- il existait déjà deux cas de dispenses de plein droit prévues aux :

- **article 11 de la loi « Evin » :**

*« Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place, à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un système de garanties collectives contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système ».*

Les dispenses d'adhésion doivent être explicitement prévues par l'acte qui régit les garanties, qu'il s'agisse de l'acte initial instituant les garanties ou des actes modificatifs ultérieurs.

Toutefois, il pourra être admis que cette condition ne soit pas remplie **lorsque le dispositif n'est pas financé intégralement par l'employeur**, dans la mesure où cette faculté de dispense est applicable **de plein droit** au profit des salariés même en l'absence de stipulation expresse, en application de l'article 11 de la loi « Evin » en matière de prévoyance ou de la jurisprudence en matière de retraite supplémentaire (**lettre circulaire Acoess du 12 août 2015** ).

## I. D/ Création de nouvelles dispenses de plein droit (2/5)

- **article D. 911-3 du CSS (issu du décret 2014-1025 du 8 septembre 2014) :**

*« Lorsque les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 prévoient, au profit des ayants droit du salarié, la couverture à titre obligatoire des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f) du 2° de l'article R. 242-1-6 ».*

Pour les couvertures santé, lorsque l'affiliation des ayants droit est obligatoire, **une faculté de dispense d'adhésion d'ordre public est prévue par l'article D. 911-3 du CSS.**

Il s'agit de permettre aux ayants droit déjà couverts par ailleurs à titre obligatoire de refuser leur affiliation, même si l'acte juridique instituant le régime ne prévoit pas expressément de dispense à ce titre. Cette dispense de plein droit des ayants droit ne remet en cause ni le caractère obligatoire du régime concerné ni les avantages attachés au financement patronal (**lettre circulaire ACOSS du 12 août 2015 ; 2.3**).

## I. D/ Création de nouvelles dispenses de plein droit (3/5)

### ➤ Les nouvelles dispenses d'adhésion de plein droit

- Le **décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015** pris pour l'application de l'article 34 de la LFSS pour 2016 fixe la liste des catégories de salariés pouvant être dispensés de plein droit, c'est-à-dire sur simple demande de leur part et sans que la dispense soit prévue par l'accord collectif, l'accord référendaire ou la décision unilatérale (cf. également **les questions-réponses du 29 décembre 2015 de la DSS**) :
  - salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. La dispense ne pouvant jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou aide ;
  - salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
  - salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes :
    - complémentaire santé collective et obligatoire conformément à l'article L. 242-1 ;
    - régime local d'Alsace-Moselle ;
    - régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;
    - mutuelle des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales ;
    - contrats d'assurance groupe (Madelin).

## I. D/ Création de nouvelles dispenses de plein droit (4/5)

- salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois (**art. L. 911-7 III du CSS**) ;
  - Exemple : le salarié a un CDD de 2 mois. L'accord de branche prévoit qu'il bénéficiera de la couverture collective obligatoire pendant 4 mois. Le salarié n'est pas concerné par ce cas de dispense d'ordre public (**QR2 - circulaire DSS du 29 décembre 2015**).

- **Date de demande de la dispense :**

*« Les demandes de dispenses mentionnées au III de l'article L. 911-7 doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elle sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° de l'article D. 911-2 »* (**art. D. 911-5 du CSS**).

La dispense doit être à l'initiative du salarié (**QR3 - circulaire DSS du 29 décembre 2015 + art. L. 911-7 III dernier alinéa du CSS + L. 911-7-1 II du CSS**).

## I. D/ Création de nouvelles dispenses de plein droit (5/5)

- **Forme de la demande de dispense (circulaire DSS du 29 décembre 2015) :**
  - le salarié doit déclarer **le cadre dans lequel cette dispense est formulée** (par exemple, le salarié demande à être dispensé car il bénéficie de l'aide à la complémentaire santé), **la dénomination de l'organisme assureur** portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense (par exemple le nom de la mutuelle de fonctionnaire qui le couvre en tant qu'ayant droit s'il est dans ce cas de figure) **ou le cas échéant la date de la fin de ce droit s'il est borné** (par exemple l'échéance du contrat individuel qu'il avait souscrit antérieurement à la mise en place du régime collectif dans l'entreprise), **il n'y a pas lieu de prévoir la production d'autres pièces ou justificatifs ;**
  - cette déclaration peut prendre la forme d'une déclaration sur l'honneur ;
  - **afin de faciliter cette déclaration, un formulaire type sera publié au cours du mois de janvier 2016.** Il permettra, en outre, au salarié de prendre connaissance des principales informations nécessaires à l'exercice de son choix.

## I. E/ Les cas de dispenses d'adhésion qui restent facultatifs (1/4)

- Les autres cas de dispense de **l'article R. 242-1-6 2 du CSS** ne sont pas remis en cause mais doivent être insérés dans l'acte juridique pour pouvoir être invoqués par le salarié, à savoir :
  - les salariés présents dans l'entreprise avant les mise en place d'un régime alors que le **financement de celui-ci est exclusivement patronal** ;
  - les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
    - **Remarque** : les contrats de mission s'entendent des seuls contrats d'intérim, conclus par les entreprises de travail temporaire (**lettre circulaire ACOSS 12 août 2015**).
  - les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
  - les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

## I. E/ Les cas de dispenses d'adhésion qui restent facultatifs (2/4)

- Ces cas de dispense doivent être expressément prévus dans l'acte juridique instituant les garanties et **relèvent du libre choix du salarié**, exprimé dans le cadre d'une demande explicite et justifiée.
- **L'employeur doit informer les salariés sur les conséquences des dispenses dont ils peuvent se prévaloir en exigeant que la demande du salarié mentionne expressément qu'il a préalablement été informé des conséquences de son choix (art. R. 242-1-6 du CSS + lettre circulaire ACOSS du 12 août 2015).**

# I. E/ Les cas de dispenses d'adhésion qui restent facultatifs (3/4)

## ➤ Tableau récapitulatif de dispenses de plein droit et facultatives

Catégories de salariés	Dispenses de plein droit	Dispenses possibles mais facultatives et ouvertes si prévues dans l'acte de mise en place du régime
Salariés employés avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur (DUE) financée pour partie par le salarié.	× S'il existe une cotisation salariale	× Si financement exclusivement patronal
Les ayants droit déjà couverts par ailleurs à titre collectif et obligatoire.	×	
Salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure.	×	
Salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– complémentaire santé collective et obligatoire conformément à l'article L. 242-1 ;</li> <li>– régime local d'Alsace-Moselle ;</li> <li>– régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;</li> <li>– mutuelle des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales ;</li> <li>– contrats d'assurance groupe (Madelin).</li> </ul>	×	

# I. E/ Les cas de dispenses d'adhésion qui restent facultatifs (4/4)

## ➤ Tableau récapitulatif de dispenses de plein droit et facultatives

Catégories de salariés	Dispense de plein droit	Dispense possible mais facultative
Salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois.	×	
Salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.	×	
Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois.		×
Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.		×
Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.		×

## II. Contrats responsables

Quels points de vigilance pour éviter de sortir de la période transitoire ?

## II. A/ Quels points de vigilance pour éviter de sortir de la période transitoire ? (1/2)

- La loi de financement restrictive de la sécurité sociale du 8 août 2014 a ouvert une période transitoire pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire qui résultent d'actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur) signés avant la publication de la loi, soit avant le 9 août 2014.
- Aux termes de ce texte, ces contrats continuent d'ouvrir droit au bénéfice du régime de faveur selon les anciens critères **jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification de ces actes, et au plus tard le 31 décembre 2017**. Toutefois, compte tenu de la parution tardive du décret du 18 novembre 2014, la DSS (circulaire du 30 janvier 2015) précise que les modifications **apportées à ces actes avant le 19 novembre 2014 (date de parution du décret) ne remettent pas en cause le bénéfice du régime de faveur**.
- La DSS explique que si l'acte juridique sur lequel est fondé le contrat d'assurance collective n'est pas modifié entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2017, le contrat devra appliquer le nouveau cahier des charges seulement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018.
- Dans son questions-réponses du 29 décembre 2015, la DSS précise que « ***les modifications de l'acte juridique ne portant pas sur les garanties ne font pas perdre le bénéfice de la période transitoire*** ».

## II. A/ Quels points de vigilance pour éviter de sortir de la période transitoire ? (2/2)

*« A titre d'exemple, la modification de l'acte juridique visant à se mettre en conformité avec les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ou à mettre en œuvre les nouveaux outils qu'elle définit permet aux contrats d'assurance pris sur son fondement de continuer d'ouvrir droit au bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale jusqu'au plus tard le 31 décembre 2017.*

*De même, la mise en œuvre du financement 50/50, **la suppression des clauses d'ancienneté ou de l'organisme désigné** ne remettent pas en cause le bénéfice de la période transitoire.»*  
**(QR8 - circulaire DSS du 29 décembre 2015).**

### **III. Article 4 loi « Evin » : analyse du projet de décret**

### III. Article 4 loi « Evin » : analyse du projet de décret (1/2)

**L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi « Evin » prévoit que :**

Lorsque des salariés sont garantis collectivement en matière de frais de santé, dans les conditions prévues à l'article 2 de la loi Evin », le contrat doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, **les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions** par lesquels l'organisme maintient cette couverture au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- des anciens salariés s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

### III. Article 4 loi « Evin » : analyse du projet de décret (2/2)

La loi prévoit que les tarifs applicables à ces personnes peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

**Le décret n° 90-769 du 30 août 1990**, pris en application du dernier alinéa de l'article 4 est venu préciser en son article 1<sup>er</sup> que :

*« Les tarifs applicables aux personnes visées par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée ne peuvent être supérieurs **de plus de 50 p. 100 aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.** »*

**Un projet de décret** prévoit l'étalement du financement du maintien des garanties santé pour les salariés bénéficiaires de l'article 4 de la loi « Evin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

- A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, la hausse de tarif appliquée aux contrats complémentaire santé des anciens salariés qui en font la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail – 150 % du tarif opposable aux salariés en activité – **serait lissée sur trois ans** :
  - pour la 1<sup>re</sup> année les tarifs devraient être identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
  - pour la 2<sup>e</sup> année, les tarifs ne devraient pas être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
  - pour la 3<sup>e</sup> année, les tarifs ne devraient pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

## IV. Clause de désignation/labellisation

Application dans le temps de la décision constitutionnelle du 13 juin 2013

A/ L'avis du Conseil d'Etat du 26 septembre 2013

B/ Une position reprise par la Cour de cassation

C/ Une position réaffirmée par le Conseil d'Etat

## IV. A/ L'avis du Conseil d'Etat (1/5)

- Le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale contraire à la Constitution (Cons. const., 13 juin 2013, n° 2013-672, DC).
- Cette décision « ***n'est pas applicable aux contrats pris sur ce fondement*** [l'article L. 912-1] ***en cours lors de cette publication*** [de la présente décision] ».
- Trois problématiques identifiées par le Conseil d'État :
  - définir la notion de « contrats en cours » ;
  - déterminer la durée pendant laquelle ces contrats peuvent continuer à produire leurs effets ;
  - est-il possible d'étendre un accord conclu avant la publication de la décision constitutionnelle ?

## IV. A/ L'avis du Conseil d'Etat (2/5)

### ➤ La notion de « contrats en cours » (1)

- Deux interprétations possibles :
  - soit il s'agit des **actes contractuels** en cours **liant** directement **les entreprises aux organismes assureurs** désignés par des accords collectifs ;
  - soit il s'agit des actes ayant le caractère d'**accords collectifs ayant procédé à la désignation d'organismes assureurs**.
- Le Conseil d'État retient la deuxième interprétation.
  - *« Les signataires des accords **pouvaient légitimement tenir pour licites les clauses de désignation** compte tenu des jurisprudences convergentes de la CJUE, de la Cour de cassation et du Conseil d'État qui ont admis la légalité de ces clauses ».*

## IV. A/ L'avis du Conseil d'Etat (3/5)

### ➤ La notion de « contrats en cours » (2)

- Cinq arguments conduisent à cette interprétation :
  - il est fait mention des **contrats « pris sur le fondement »** de l'article L. 912-1, et non pas des contrats « *souscrits entre* » les entreprises et les organismes assureurs ;
  - la décision mentionne « **un contrat négocié au niveau de la branche et au contenu totalement prédéfini** », l'usage du terme « contrat » tend à désigner l'acte conventionnel ;
  - le commentaire de la décision aux Cahiers du Conseil constitutionnel relève que « *la censure de l'article doit conduire à ce qu'aucune nouvelle convention ne soit passée sur le fondement de ces dispositions* ». On peut y voir une référence aux actes de portée conventionnelle ;
  - il n'y a **pas d'espace véritable ouvert à la négociation contractuelle entre chaque entreprise et l'organisme assureur** désigné ;
  - cette **interprétation est conforme à la jurisprudence** établie du Conseil **qui**, au nom de la liberté contractuelle, **tend à censurer les atteintes à l'économie des contrats collectifs antérieurs.**

## IV. A/ L'avis du Conseil d'Etat (4/5)

### ➤ La durée de validité des « contrats en cours »

- La plupart des textes conventionnels (les contrats en cours) n'ont **pas de terme précis**. Mais l'hypothèse d'une durée indéfinie étant écartée, le Conseil d'État recherche **une notion d'échéance**.
- L'article L. 912-1 imposait un **réexamen** des modalités d'organisation de la mutualisation des risques, **selon une périodicité ne pouvant excéder cinq ans**.
  - Cette échéance est retenue comme terme de la période de survie des clauses de désignation.
- **En cas de silence de l'accord** collectif sur ce point, une durée de cinq ans est retenue :
  - soit à compter de la date de signature de l'accord ;
  - soit à compter de la dernière échéance de réexamen.

## IV. A/ L'avis du Conseil d'Etat (5/5)

### ➤ L'extension d'un accord conclu antérieurement à la décision constitutionnelle

- Un accord conclu avant la publication de la décision constitutionnelle est un « contrat en cours », maintenu en vigueur à titre provisoire.
- Un tel accord peut-il faire l'objet d'une extension ?
- Cette hypothèse est **logiquement écartée** par le Conseil d'État.
  - Une extension n'est pas envisageable, même lorsque l'entrée en vigueur de l'accord collectif y est conventionnellement subordonnée.

## IV. B/ Une position reprise par la Cour de cassation

- « *Les contrats en cours sont les actes ayant le caractère de conventions ou d'accord collectifs ayant procédé à la désignation d'organismes assureurs* » (Cass. soc., 11 févr. 2015, n° 14-13.538).
- La Cour de cassation reprend l'analyse faite par le Conseil d'État sur la notion de « contrats en cours ».
- En revanche, elle ne se prononce pas sur la durée de survie de ces contrats. S'inspirant directement de l'avis du Conseil d'État sur la notion de « contrat en cours », il apparaît peu probable qu'elle aille à l'encontre de cet avis sur un autre point en se prononçant en faveur d'une durée illimitée.

## IV. C/ Une position réaffirmée par le Conseil d'État

- Le Conseil d'État a repris la position retenue dans son avis du 26 septembre 2013 sur la nature des contrats en cours et sur l'impossibilité d'étendre un accord conclu antérieurement au 16 juin 2013 (CE, 7 déc. 2015, n° 372880).
- Pour le Conseil d'État, le Conseil constitutionnel a entendu **préserver l'application jusqu'à leur terme des actes contractuels**, déjà conclus sur le fondement de l'article L. 912-1, **en vertu desquels les entreprises ont une obligation d'adhésion** à un organisme d'assurance.
- Pour autant, **sa décision fait obstacle à ce que l'autorité ministérielle puisse légalement, après la date à laquelle la déclaration d'inconstitutionnalité a pris effet, étendre les stipulations d'un accord prévoyant une clause de désignation** et ainsi l'imposer à des entreprises qui n'étaient pas liées par celui-ci.
- Afin de permettre aux partenaires sociaux de conclure un nouvel accord, les effets de cette décision sont différés au 1<sup>er</sup> mai 2016.

## **Partie 2 : retraite complémentaire**

Florence Duprat-Cerri, avocat conseil, responsable Retraite et Prévoyance

# I. Quelles sont les catégories possibles en retraite supplémentaire ?

Retour sur les redressements en cours et les rescrits

# I. Quelles sont les catégories possibles en retraite supplémentaire ?

## Retour sur les redressements en cours et les rescrits

Références de l'arrêt	Décision
<p>Cass 2<sup>e</sup> civ., 3 avril 2014, n° 13-15.577</p>	<p>Dans cet arrêt, un redressement avait été effectué au titre des contributions patronales versées par une société d'expertise et de conseils pour financer un contrat de retraite supplémentaire au bénéfice de certains salariés. Cet avantage étant réservé à une catégorie de salariés, se posait donc la question de savoir si cette catégorie pouvait être considérée comme objective, condition pour pouvoir appliquer l'exonération de cotisations sociales (CSS art. L. 242-1). Pour cela, le régime doit viser l'ensemble des salariés ou une catégorie objective de salariés.</p> <p>En l'espèce, <b>la catégorie en cause était celle des cadres ayant le grade d'associé. La Cour de cassation considère qu'il s'agit bien d'une catégorie objective car elle regroupe des salariés ayant le coefficient le plus élevé de la grille professionnelle, soit 600, correspondant à la catégorie N1 des cadres de direction (classification en vigueur dans la convention collective des cabinets d'experts-comptables et commissaires aux comptes).</b></p> <p>Cette affaire a été jugée sous l'empire des textes alors en vigueur. Depuis, un décret du 9 janvier 2012 (2012-25), modifié par un décret du 8 juillet 2014 (2014-786), précise les critères pouvant être retenus pour définir une catégorie objective (CSS art R 242-1 et s). Il s'agit notamment de l'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres, du critère relatif aux tranches de rémunération, fixé pour le calcul des cotisations AGIRC-ARRCO, de la place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels et interprofessionnels.</p> <p><b>En matière de retraite supplémentaire, sont considérées comme couvrant l'ensemble des salariés placés dans une situation identique au regard des garanties mises en place les prestations de retraite supplémentaire bénéficiant à des catégories établies à partir de ces trois critères.</b> Dans le cas qui était soumis à la Cour de cassation, c'est le 3<sup>e</sup> critère, à savoir la classification professionnelle, qui avait été retenu.</p>

## **II. Les mesures de plafonnement des redressements en matière de retraite et de prévoyance/santé dans la LFSS pour 2016**

## II. Les mesures de plafonnement des redressements en matière de retraite et de prévoyance/santé dans la LFSS pour 2016 (1/4)

### ➤ Ce que dit la loi...

- **L'article 12 de la LFSS pour 2016 (art. L. 133-4-8 du CSS)** permet aux URSSAF, lors d'un contrôle du caractère obligatoire et collectif d'un régime de protection sociale, par dérogation et sous certaines conditions, de moduler le montant du redressement sur la seule base des sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture revête un caractère obligatoire et collectif, sous réserve que l'employeur reconstitue ces sommes de manière probante.
- Le dispositif de modulation des redressements s'applique aux contrôles engagés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### ➤ Conditions et montants des redressements

- Le montant du redressement est réduit est fonction de son motif :
  - à une fois et demie les sommes manquantes ou trop versées lorsque le motif du redressement repose sur l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre document ou justificatif nécessaire à l'appréciation du caractère obligatoire et collectif ;

## II. Les mesures de plafonnement des redressements en matière de retraite et de prévoyance/santé dans la LFSS pour 2016 (2/4)

- à trois fois ces sommes, dans les cas autres que ceux mentionnés ci-dessus et lorsque le manquement à l'origine du redressement ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité des règles relatives au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (**art. L . 133-4-8 du CSS**).

Exemple : soit une entreprise de 100 salariés qui en couvre 96 au titre de la prévoyance santé. La non-couverture des 4 salariés restants rend le financement du régime incompatible avec l'exonération plafonnée de cotisations de sécurité sociale. La contribution de l'employeur est de 100 € par mois pour chaque salarié, soit 1 200 € par an par salarié et 115 200 € par an pour les 96 salariés. La contribution au titre des 4 salariés manquants représenterait 4 800 €.

Avant entrée en vigueur de l'article 12	Après entrée en vigueur de l'article 12
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le redressement portant sur une année s'élevait à : 69 120 € = [115 200 € × (68 % de cotisations sociales - 8 % de forfait social)]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ en cas de non-production de justificatifs, le redressement portant sur une année s'élèverait à : 7 200 € = (4 800 € × 1,5) ;</li> <li>➤ en cas d'erreur de fond, le redressement portant sur une année s'élèverait à : 14 400 € = (4 800 € × 3).</li> </ul>

**ATTENTION** : le montant du redressement réduit par l'agent de contrôle ne peut pas être supérieur à celui résultant de l'assujettissement de l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime (**art. L . 133-4-8 du CSS**).

## II. Les mesures de plafonnement des redressements en matière de retraite et de prévoyance/santé dans la LFSS pour 2016 (3/4)

### ➤ Cas où les redressements réduits sont exclus (art. L . 133-4-8 du CSS)

- Lorsque le manquement de l'employeur révèle une **méconnaissance d'une particulière gravité** des règles liées au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire :
  - dans cette hypothèse, l'agent chargé du contrôle serait tenu d'informer l'employeur en justifiant sa décision dans le cadre de la procédure contradictoire préalable à la fin du contrôle ;
  - **précisions sur la notion de « méconnaissance d'une particulière gravité »** : selon l'étude d'impact du projet de la LFSS pour 2016, cette hypothèse vise les cas de méconnaissance « claire et directe des textes réglementaires explicités par les circulaires ministérielles, dans les cas où une entreprise couvrirait les seuls cadres dirigeants ou les seuls salariés dont les rémunérations sont supérieures à 8 fois le plafond de la sécurité sociale.
- Lorsque le redressement procède d'un cas d'**octroi d'avantage personnel** ou d'une **discrimination** au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la loi 2008-496 du 27 mai 2008 :
  - la Cour de cassation dans un arrêt en date du 5 novembre 2015 (n° 14-23,871) a confirmé l'arrêt de la cour d'appel de Nancy selon lequel « *dans la mesure où aucun élément objectif ne permet d'affirmer que l'omission de prélèvement de la part salariale sur la rémunération de deux salariés ait résulté d'une volonté délibérée de leur concéder un avantage particulier, et non d'un oubli ou d'une erreur purement matérielle, cette omission n'a pas été de nature à remettre en cause le caractère collectif et obligatoire du régime* ». Dans ce cadre, la Cour retient que « *les omissions ou erreurs ponctuelles spontanément corrigées par l'employeur n'avaient pas fait perdre au régime de prestations complémentaires de prévoyance son caractère obligatoire et collectif* ».

## II. Les mesures de plafonnement des redressements en matière de retraite et de prévoyance/santé dans la LFSS pour 2016 (4/4)

- Lorsque l'irrégularité en cause a déjà fait l'objet d'une **observation** lors d'un précédent contrôle dans la limite des 5 années civiles précédant l'année où est initié le contrôle.
- Lorsqu'est établie, au cours de 5 années civiles précédant l'année où est initié le contrôle, une situation de **travail dissimulé**, d'**obstacle à contrôle** ou d'**abus de droit**.

### ➤ Non remboursement par les salariés des cotisations salariales

- Les employeurs ne peuvent pas, s'ils veulent bénéficier de ces mesures de tolérance, demander aux salariés le remboursement des cotisations salariales dues sur les montants donnant lieu à redressement (**art. L . 133-4-8 du CSS**).

### III. La réforme des régimes AGIRC/ARCCO et ses conséquences dans l'entreprise et sur les régimes de retraite supplémentaire

### III. Incidences de la réforme des régimes AGIRC/ARCCO sur les régimes de retraite supplémentaire

**Deux mesures pourraient notamment avoir un impact sur certains régimes de retraite supplémentaire** (ce nouveau dispositif concerne toutes les personnes qui sont nées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1957 et qui demandent leur retraite complémentaire à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019).

➤ **Mise en place d'un « coefficient solidarité » :**

- les conditions pour liquider une retraite complémentaire à taux plein seront modifiées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, un salarié qui bénéficie du taux plein dans le régime général pourra se voir appliquer ce coefficient de solidarité (minoration de 10 % pendant 3 ans) sur sa pension de retraite complémentaire en cas de liquidation de cette dernière, sauf à cotiser une année de plus.

➤ **Mise en place d'un « coefficient majorant » :**

- les personnes qui remplissent les conditions du taux plein au régime de base et qui décalent la liquidation de leur retraite complémentaire d'au moins huit trimestres (2 ans) bénéficient d'une majoration de leur retraite complémentaire pendant 1 an de :
  - 10 % si elles décalent leur retraite complémentaire de 2 ans ;
  - 20 % si elles décalent leur retraite complémentaire de 3 ans ;
  - 30 % si elles décalent leur retraite complémentaire de 4 ans.

## IV. Retraite à prestations définies

A/ L'arrêt « BP France » de la Cour de cassation du 8 octobre 2015

B/ Les conditions de performance suite à la loi « Macron »

## IV. A/ L'arrêt « BP France » de la Cour de cassation du 8 octobre 2015

- L 137-11-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que les rentes versées dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies mentionnés au 1 de l'article L 137-11 CSS sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire.
- L'article L 137-11 CSS vise les régimes de retraite à prestations définies, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise.
- Des retraités de BP France avaient demandé la restitution de la contribution prélevée sur leur rente au motif que le régime de retraite ne répondait pas aux conditions de l'article L 137-11 CSS dès lors qu'il prévoyait que les droits étaient acquis dans certains cas alors même que le bénéficiaire quittait l'entreprise avant sa retraite. Dans plusieurs arrêts, la cour d'appel de Paris avait fait droit à la demande des retraités. La deuxième chambre civile de la Cour de cassation a rejeté le pourvoi formé par l'URSSAF d'Ile-de-France. La Cour confirme le raisonnement de la cour d'appel de Paris selon lequel « *aucune condition d'achèvement de la carrière du salarié dans l'entreprise n'était prévue par l'entreprise pour en déduire que la retraite des salariés concernés n'entrait pas dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 137-11 issu de la loi du 21 août 2003 auquel fait référence l'article L. 137-11-1 issu de la loi du 28 décembre 2011. [...]* ».

## IV. B/ Les conditions de performance suite à la loi « Macron » (1/3)

- **Concerne les mandataires sociaux des sociétés cotées.**
- **Ajout exprès des retraites-chapeau dans la liste des engagements soumis à la procédure de contrôle renforcée de l'article L.225-42-1 C.com :**
  - autorisation préalable et fixation de conditions de performance par le Conseil ;
  - publication sur le site internet de la société ;
  - approbation par l'assemblée générale ;
  - à la cessation des fonctions, décisions du Conseil sur la réalisation des conditions de performance et le versement des montants convenus ;
  - publication sur le site internet de la société.

## IV. B/ Les conditions de performance suite à la loi « Macron » (2/3)

- **Accroissement annuel des droits soumis aux conditions de performance**
- Vérification annuelle du respect des conditions de performance par le Conseil d'administration ou de surveillance, pour l'exercice clos
- Pas d'atteinte annuelle des conditions de performance => pas d'augmentation des droits conditionnels des bénéficiaires des régimes de retraite à prestations définies
- **Accroissement annuel des droits limité à 3 % de la rémunération annuelle servant de référence au calcul de la rente**

## IV. B/ Les conditions de performance suite à la loi « Macron » (3/3)

- Conditions de performance et contrôle annuel :
  - application aux engagements de retraite pris à compter de la publication de la loi ;
  - nomination ou renouvellement de mandat postérieur à la publication de la loi : application à compter de la nomination ou du renouvellement.

=> Pas d'impact immédiat sur les engagements de retraite existants pour les mandats en cours

# Questions

Avec l'aimable participation de Agathe Denéchère, **sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire à la Direction de la sécurité sociale.**