

Compte-rendu approuvé par
la CPNNC du 22/09/11

CPNNC du 07 juillet 2011

COMPTE RENDU

Collège Employeurs :

SdA : Françoise GROSHENS, J-François CHENAIS, Boualem BELLEMOU

UNSA : Christophe CHOMEL, Patrick JULIEN, Alain MASSON, J-Michel DRESSE

Collège Salariés :

CFDT : Alain HENAUX

CFTC : Yassin BOUAZIZ, Angélique LACROIX

CFE-CGC-BTP : François DUDILIEUX

Président : Christophe CHOMEL

Vice Président : Yassin BOUAZIZ

Secrétaire général : Pierre POUILLEY

Opérateurs :

Aïcha TLIBI et Jérôme BONIZEC (Humanis),

Anne-Charlotte BACH et Alain MULLER (Malakoff-Médéric)

Ordre du jour de la CPNNC du 07 juillet 2011

- 1 - Approbation de l'ordre du jour
- 2 - Approbation du compte-rendu de la réunion du 09 juin 2011
- 3 - Gestion des régimes frais de santé/prévoyance
- 4 - Avenant n° 6 à l'accord formation (taux de contribution)
- 5 - Choix d'un actuair
- 6 - Fin de la mise à jour de la CCN
- 7 - Questions diverses

Point 1 : Approbation de l'ordre du jour

Décision :

La CPNNC approuve l'ordre du jour de la réunion du 07 juillet 2011, le point 3 précédera l'examen du point 2.

Point 2 : Approbation du compte-rendu de la réunion du 09 juin 2011

- Page 2, au point 4, compléter la décision : « La CPNNC du 30 juin 2011 est remplacée par la sous commission "actuariat" ; celle-ci fera une restitution de son rapport d'analyse, sur la base des critères retenus dans les règles de consultation, à la CPNNC du 07 juillet qui aura comme points à l'ordre du jour : la gestion des régimes santé et prévoyance, et le choix d'un actuair. »

- page 9, au point 7, la conclusion relative à l'article XV.3.2.1 est rédigée : « les dispositions relatives à la carence des CPR doivent figurer à la fin du chapitre "missions", Art XV.3.1. »

Décision :

La CPNNC approuve le compte-rendu de la réunion du 09 juin 2011 sous réserve des modifications apportées.

Point 3 : Gestion des régimes frais de santé/prévoyance, présentation des comptes 2010

Informations préalables : chaque année, pour la présentation des comptes, il y a une alternance entre les opérateurs ; cette année, c'est au tour de Malakoff-Médéric.

Depuis janvier 2011, Aprionis a fusionné avec le groupe Vauban pour devenir Humanis, groupe qui évoluera encore en 2012 en fusionnant avec le groupe Novalis-Taitbout, conservant le nom d'Humanis, et qui sera le 2^{ème} groupe paritaire derrière Malakoff-Médéric.

Présentation des comptes 2010 par Malakoff-Médéric : le régime de la branche est un "beau" régime excédentaire, mieux vaut gérer des excédents que des déficits même si parfois, ils sont difficiles à piloter.

A - Régime frais de santé

Le volume de cotisations passe de 9.300.000 € en 2009 à 9.960.368 € en 2010, il doit être mis en perspective du taux d'appel qui avait été mis en place au 1^{er} janvier 2010 avec une baisse de cotisations de 9 %, ce qui explique cette hausse relativement élevée du régime malgré la montée en charge. Le solde créditeur s'établit à 2.112.075 €, ce qui amène la provision d'égalisation à 4.573.527 €, ce qui correspond à une demi-année de cotisations. Les résultats et les prospectives sont donc meilleurs que ceux escomptés lors de la présentation de janvier 2011.

✓ Statistiques établies par exercice de survenance :

L'indicateur est l'équilibre du régime donné par le rapport prestations/cotisations net. Au regard de l'exercice 2009, le ratio s'établit à 75 % alors qu'en 2010, il était à 84 % ; la consolidation est donc beaucoup plus forte au niveau des prestations, celles qui auraient dû être réglées en 2010 pour l'exercice 2009 ont été bien inférieures à ce qui avait été provisionné. La cadence de règlement est beaucoup plus rapide que pour d'autres régimes et comme la provision avait été surestimée, elle le sera moins pour les exercices suivants. Pour l'exercice 2010, il y a eu l'impact du taux d'appel des cotisations appelées à 91 % au lieu de 100 %, donc une aggravation du C/P de 10 % (comme le résultat de 2009 était de 75 %, le résultat de 2010 s'est amélioré de 10 %). Dans les analyses prospectives qui avaient été faites pour 2011, il avait été tenu compte de la hausse des prestations de 9 %. Grâce au prévisionnel du 1^{er} semestre 2011, la prospective de l'année entière pourra être communiquée en septembre prochain. L'opérateur part du principe que l'année prochaine, la branche consommera de la même manière que cette année, c'est une analyse généraliste intéressante mais qui ne sera pas la réalité, il vaut mieux avoir des éléments de consommation plus précis.

La branche aura peut-être des décisions à prendre en fin d'année et à appliquer au 1^{er} janvier 2012 (audit par un actuinaire) et pour alimenter ces décisions, l'opérateur propose d'analyser le 1^{er} semestre sur les consommations de frais de santé et les cotisations de manière à objectiver l'année 2011 et pouvoir mieux décider d'éventuelles améliorations. L'incertitude est liée aussi à l'augmentation des prestations et savoir s'il y aura un impact sur le comportement des consommateurs en soins de santé.

Même si la première année la branche a eu de bons résultats et a étudié comment améliorer les conditions du régime, il faut ensuite un peu de temps pour prendre d'autres dispositions. L'excédent n'est pas une mauvaise nouvelle et laisse une marge pour améliorer certaines choses.

JMD (UNSA) : c'est une mauvaise nouvelle pour les adhérents. La branche a atteint le seuil de prestations qu'elle avait défini au regard du seuil de cotisations ; le seuil de prestations lui convient, il faut donc jouer sur celui des cotisations.

Opérateur : à partir des 25 % de résultats, l'opérateur a mis en place des mesures correctrices, tant au niveau des cotisations qu'à celui des prestations, ce qui fait que dans la prospective 2011, ce sera proche de l'équilibre.

Prestations payées en 2010 :

- survenance 2008 : 43.453 €
- survenance 2009 : 744.517 €
- survenance 2010 : 6.456.641 €
- survenance début 2011 : 45.245 € (au titre de l'exercice 2009)

Ce qui donne la ventilation des prestations entre ce qui est payé dans l'année (au titre de l'année) et ce qui est payé plus tard (au titre de la même année) et ce qui permet de s'y retrouver sur la consommation des régimes et l'étalement des dépenses et des remboursements dans le temps.

Au 31 mai 2011, toutes les prestations de 2010 ne sont pas payées, il reste encore des provisions pour sinistres à payer de 420.000 €.

Ces statistiques établies par exercice de survenance permettent d'avoir le suivi et la réalité du compte.

✓ **Exercice comptable :**

Des éléments ont été intégrés sur 2009, ce sont les données sur provisions de prestations à payer, soit l'écart entre ce qui avait été estimé comme charges, le P/C net estimé au départ à 94 % qui est en réalité à 75 % ; la partie prestations mises en provisions est récupérée dans le schéma comptable par annulation d'écriture.

✓ **Ventilation des prestations par famille d'actes :**

La Commission de Gestion aimerait avoir la ventilation des prestations sur N-1.

Si la cadence du paiement des prestations est plus rapide, la répartition par famille d'acte est, par contre, classique :

- les gros postes sont le dentaire et l'optique et occupent traditionnellement une grande partie des remboursements en frais de santé

- le poste "consultations/visites" fait partie des améliorations des prestations et devrait se trouver à un niveau plus important l'année prochaine.

✓ **Evolution des entreprises adhérentes :**

On constate la montée en charge du régime et de l'adhésion des entreprises : fin 2010, 7223 entreprises sont adhérentes au régime frais de santé. Le nombre d'adhésion est différent en prévoyance puisque c'est une obligation (19235), par contre, en frais de santé, les entreprises ont le choix de conserver leur ancien contrat, il n'y aura donc jamais le même effectif en santé et en prévoyance.

Le régime de la branche évolue dans le temps, il est amélioré dans le bon sens mais par ailleurs, les assureurs des agences d'architecture ne suivent pas et ne vont pas forcément faire évoluer les contrats. Si une autre action est faite en 2012, il faudra viser toutes les entreprises qui se sont assurées ailleurs, les prévenir que le régime de branche a évolué et qu'elles fassent remplir une attestation par leur assureur, certifiant que le régime mis en place dans l'entreprise est conforme aux dispositions conventionnelles ; cette attestation, une fois signée engagera l'assureur.

L'opérateur n'a pas à ce jour, le nombre exact d'entreprises qui ne sont pas couvertes du tout par les régimes de la branche, pour avoir une estimation fiable, il faut faire une campagne et faire remplir les attestations. La grande difficulté pour les opérateurs, c'est de connaître la totalité de ceux qui ont un code NAF (code qui regroupe tout et n'importe quoi ; ex. les architectes d'intérieurs ne relèvent pas des obligations conventionnelles de la branche). Pour affiner ces éléments, les opérateurs souhaiteraient faire un comparatif avec le fichier de l'Opca PI et ainsi, croiser les données, cet outil paritaire servira d'ailleurs aussi bien aux opérateurs qu'à l'Opca PI. Aller dans ce sens permettra d'y voir plus clair au niveau des "vraies" entreprises à contacter.

L'opérateur a déjà eu des transferts de fichiers de l'Opca, ce qui ne pose aucune difficulté lorsque ce sont les partenaires sociaux qui le demandent, de plus, il n'y a aucune donnée nominative.

Deux points paraissent importants pour 2012 :

- affiner la cible du fichier des entreprises qui relèvent vraiment de la CCN
- envoyer les attestations qui permettront d'y voir clair et de segmenter ceux qui sont dans les clous, de vérifier s'ils le sont vraiment, et d'agir directement par leur contrat d'assurance pour ceux qui ne le sont pas ; c'est la seule méthode pour clarifier.

Si la branche envisage d'améliorer à nouveau le régime, il sera important qu'elle communique positivement auprès des entreprises et de faire aussi un rebalayage au moyen de l'attestation.

YB (CFTC) : ne voit aucun inconvénient à ce que le fichier de l'Opca PI soit croisé avec celui de l'opérateur, néanmoins, il faudra voir quelles en seront les modalités.

✓ **Effectifs couverts :**

Le nombre s'est stabilisé entre 2009 et 2010 même s'il y a toujours progression : 18.129 couverts à fin 2009 contre 19.584 fin 2010. Cette progression en nombre est à peu près similaire à celle observée sur la prévoyance.

JMD (UNSA) : souhaiterait connaître le nombre de créations d'entreprises d'architecture sur cette période.

Opérateur : ce ne sera pas évident à obtenir, les entreprises qui n'ont pas de salarié à la création, qui en embauche un et s'en sépare en période de crise pourraient fausser la donne par rapport aux créations. Il y a deux cas, celui de l'entreprise qui n'a pas résilié son contrat même si elle n'a plus de salariés, et celui de l'entreprise qui résilie son contrat faute de salariés. Ce phénomène ne peut pas être maîtrisé, seul le nombre de résiliations peut être comptabilisé ainsi que les motifs de résiliation. L'opérateur pourra ressortir les statistiques des entreprises qui repassent à zéro et n'ont plus de cotisations sur une année et cotisent à nouveau l'année suivante.

L'opérateur rappelle une donnée intéressante, à effet 2010, la cotisation des ayants droit a été modifiée en passant du pourcentage salaire au PMSS (cotisation forfaitaire). Pour chaque exercice, en comparant le nombre d'ayants droit et le nombre d'adhérents, de 34 % en 2008, les ayants droit sont passés à 44 % en 2010 ; il faudra voir l'évolution sur 2011 parce que le régime a peut-être été rendu plus attractif pour les ayants droit, ce point sera intéressant à analyser. D'ailleurs, peu d'adhérents ont la formule "couple", ce sont essentiellement les formules "isolé" ou "famille".

✓ **Répartition par âge et par sexe (dont 5600 enfants ayants droits) :**

La population est assez jeune, 23 % des assurés ont moins de 25 ans ; 35 % ont plus de 40 ans. La pyramide des âges est plutôt atypique, elle est décroissante à partir de 30/35 ans (plus tôt que dans d'autres professions), ce qui explique aussi la bonne tenue des résultats. Par ailleurs, les salariés qui vont devenir par la suite architectes auront le statut de TNS et sortiront du régime. Si la branche le souhaite, l'opérateur pourra lui fournir des éléments complémentaires sur les statistiques des salariés.

Il y a un marché qui s'ouvre pour les salariés qui sortent du régime, la MAF est partie prenante dans de nombreuses agences d'architecture, la branche souhaiterait-elle participer à une rencontre entre la mutuelle et l'opérateur ? Il faut expliquer à la MAF ce qu'il est possible de faire avec eux en sachant que s'ils ne sont pas partants, cela se fera sans eux. De nombreuses branches demandent une offre TMS adossée au régime branche.

Que ce soit sur le sujet santé ou prévoyance, depuis janvier, l'opérateur n'a analysé aucune demande d'évolution, aucune proposition de modification ; ce serait prématuré dans la mesure où la branche va faire réaliser un audit, et c'est après, qu'il faudra trouver les questions techniques d'optimisation du régime.

Décision :

La CPNNC approuve la proposition de l'opérateur, à savoir, récupérer le fichier des entreprises de l'Opca PI et de Réunica afin que l'opérateur puisse les croiser avec le sien. Une fois que lesdits fichiers seront croisés, ils seront restitués aux partenaires sociaux. Cette clarification permettra aux opérateurs de relancer les entreprises effectivement soumises aux obligations des régimes de la branche.

B - Régime prévoyance

✓ **Rappel des contextes des comptes :** le taux d'appel qui a été mis en place en 2010 devait être de 57 %, les cotisations appelées ont baissé de 43 %. Il y a eu une évolution de la garantie mensualisation pour laquelle la cotisation a été minorée de 20 % en 2009 et des prestations minorées en 2010.

✓ **Compte de participation :** la chute des cotisations est due au taux d'appel avec un solde débiteur annuel compte-tenu de cet effet taux d'appel. Les cotisations appelées sont à hauteur de 11.500.000 € alors que les cotisations contractuelles seraient de l'ordre de 20.000.000 €.

✓ **Provision d'égalisation au 31 déc. 2010 :** elle s'élève à **28.344.000 €**, l'effet retraite n'a pas été provisionné à ce stade, si ce n'est pour la génération 1951 qui connaît un décalage dans l'âge de départ à la retraite. Cet effet retraite

qui est en fait l'allongement de la durée des prestations pour l'invalidité, n'a pas été encore provisionné. De toutes façons, le débat porte sur la réalité des comptes et non sur la prospective.

L'opérateur n'a pas le droit de provisionner dans un compte des cotisations qu'il recevrait à terme "x", ce n'est possible que pour des études prospectives. En tout état de cause, la provision ne va pas faire tomber le régime.

✓ **Effets de l'exercice comptable** : outre cet effet de taux d'appel, il y a eu une amélioration du régime et l'opérateur en a tenu compte par rapport aux hypothèses de provisionnement, notamment en mensualisation et en versement de prestations sur les exercices futurs et les exercices antérieurs. En 2009, par exemple, des prestations ont été anticipées de façon importante et, en fin de compte, elles ont été moins importantes que prévu. Il en a été tenu compte dans l'exercice 2010 avec un double effet : une reprise de provisions sur l'exercice 2009 et un moindre provisionnement sur 2010. Les arrêts ont été, a priori, plus courts que prévus en 2009 avec une amélioration en 2010.

✓ **Détail du compte comptable** : provisions pour sinistres non connus : tant sur l'incapacité/invalidité que sur la mensualisation, les provisions constituées ont considérablement baissé, c'est donc un double effet dans les résultats du régime.

✓ **Equilibre comptable - Analyse technique** : pour analyser le régime et voir l'évolution de la "sinistralité", les comptes de résultats sont par exercice de survenance (calcul à partir d'une cotisation à taux plein) :

- partie mensualisation : en 2009, la baisse du taux de cotisation appelé était de l'ordre de 20 % avec une évolution des garanties en 2010, ce qui explique la baisse des cotisations encaissées entre 2008 et 2009 et l'évolution des prestations entre 2009 et 2010 (la baisse de cotisations a été mise en place en 2009 et la hausse des prestations en 2010 après extension de l'avenant).

✓ **Résultats** : le ratio prestations/cotisations net est de 83 %, ratio plutôt positif avec une nette amélioration par rapport à ce qui avait été observé en 2009, même si cette année était atypique compte-tenu du décalage de l'évolution des prestations et des cotisations ; cependant l'amélioration est forte entre 2009 et 2010.

La garantie appelée "mensualisation" est la couverture à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 150^{ème} jour (ou au 1^{er} jour en cas d'accident de travail) ; au-delà, le salarié passe en incapacité temporaire. Les garanties sont segmentées par durée d'arrêt de travail.

✓ **Nombre de dossiers en cours/âge moyen** : l'âge moyen pour la mensualisation est de 38 ans avec une majorité de cas pour les personnes de 26 à 35 ans. Les arrêts courts sont majoritairement féminins, ainsi que tout ce qui est lié à la maternité (y compris les arrêts pathologiques).

✓ **Incapacité/invalidité** : il s'agit d'arrêts un peu plus consolidés avec une certaine amélioration par rapport aux années précédentes mais avec toute de même un exercice un peu fort sur 2010. Le rapport net prestations/cotisations est anticipé à 153 %. La provision en incapacité/invalidité est assez importante puisqu'il faut qu'elle soit faite pour trois ans, les 153 % présentés pour 2010 ne seront peut-être plus qu'à 130 ou 120 % en 2011. Tout ceci montre que la population a un taux d'arrêts de travail moins fort que la moyenne nationale.

Pour les longs termes, la majorité des arrêts se situe après 45 ans (36 % pour les 46/55 ans et 25 % pour les plus de 55 ans). Les lombalgies font partie des longs arrêts, les maladies longues invalidantes reconnues comme telles par la Sécurité Sociale, ainsi que des problèmes d'ordre psycho-sociaux. Les arrêts pour causes professionnelles sont ceux qui sont couverts dès le 1^{er} jour et peuvent donc être repérés, par contre, ce ne sera pas possible pour les arrêts indemnisés à compter du 4^{ème} jour.

Le pourcentage d'arrêts de la population par tranche d'âge peut être mis en perspective ; comme il a été vu en santé, il y a une décroissance de la population en fonction de l'âge et les classes jeunes sont sur représentées. L'opérateur fera une analyse sur la partie causalité professionnelle ou non des arrêts.

✓ **Provisions mathématiques** :

- les arrêts de 2007 en cours ont été consolidés en invalidité en 2010.

- invalidités en cours au 31 déc. 2010 : même évolution de l'âge moyen (38 ans pour la mensualisation ; 46 ans pour l'incapacité et 52 ans pour l'invalidité).

Comme la part des 50 ans est relativement faible, le nombre d'invalides l'est également par rapport à la population totale de la branche.

La durée moyenne de l'invalidité est de 8 ans d'indemnisation, mais si l'invalidé est jeune, il risque d'être indemnisé pendant 25 ou 30 ans. L'invalidité est un risque très long et l'effet retraite va jouer sur les provisionnements de ces

personnes là. Demain, au titre de la loi, les invalides seront indemnisés jusqu'à 62 ans, ce qui représente deux années supplémentaires de prestations qui n'ont pas été anticipées faute de savoir que l'âge de la retraite allait changer.

A ce jour, la branche n'a provisionné que ce que la loi imposait mais elle doit décider si elle provisionne le solde immédiatement ou bien si elle préfère l'étaler sur 5 ans.

✓ **Capitaux décès (par exercice de survenance) :**

La partie provisionnement est relativement faible, pour l'exercice 2010, une partie des prestations a déjà été payée en 2011 et elle a été intégrée dans le compte. On constate une amélioration du régime avec un ratio P/C net de 40 % (au lieu de 50 à 60 % en 2008 et 2009). Le compte décès est excédentaire et fait partie des évolutions à étudier après l'audit du régime sur ce poste pour lequel la marge de progression est importante. Depuis 2008, l'amélioration continue ; généralement, un compte décès doit tourner au ralenti, mais sur des grands volumes il est plus linéaire, et la marge d'optimisation du régime est bien sur ce poste là (liée à la structure assez jeune de la population et au peu de décès accidentels). Compte-tenu des âges moyens, la branche devrait être au-delà de la moyenne nationale ; en fait, le taux de décès accidentels par personne est le même quel que soit l'âge, alors que le taux de décès est fortement croissant avec l'âge. A l'inverse des arrêts de travail, c'est plutôt la population masculine qui est concernée par ce risque. En cas de décès "accidentels", le régime prévoit des capitaux supplémentaires.

✓ **Rentes éducation et rentes de conjoint :**

On constate également une amélioration des résultats et de la charge des sinistres. Les dossiers en cours sont plus nombreux pour les rentes éducation que pour les rentes de conjoint (dont l'âge moyen est de 44 ans). Lorsque la personne décédée laisse un conjoint sans enfant à charge, une rente temporaire lui est versée jusqu'à ce que le conjoint ait droit à la pension de reversion à son 55^{ème} anniversaire. Assez peu de régimes de branche prévoient des rentes de conjoint et le niveau de rente de la branche est très bon. La rente de conjoint représente 13 % du salaire/an pour les non cadres et 15 % pour les cadres.

Nouveauté : une nouvelle disposition pour les rentes éducation qui a du sens. Aujourd'hui, la rente est versée jusqu'à 18 ans sans conditions, sauf en cas de poursuite d'études ou d'invalidité de l'enfant (rente versée jusqu'à 26 ans ou sans limite si invalidité totale). Moyennant une sur-cotisation, la rente peut désormais être versée jusqu'à 26 ans sans vérifier qu'il y a poursuite d'études, ce qui n'impacterait pas beaucoup le régime de la branche si elle optait pour cette nouvelle disposition.

✓ **Résultats sur l'ensemble des garanties :**

- baisse de cotisations de l'ordre de 20 % entre 2008 et 2010 avec un ratio P/C inchangé. La branche a beau baisser les cotisations et améliorer les prestations, le régime évolue quand même. C'est plutôt une bonne nouvelle pour les salariés comme pour les entreprises, même si c'est compliqué pour les opérateurs.

✓ **Evolution des cotisations :**

Elle est due essentiellement au taux d'appel réduit de 43 % de la cotisation.

✓ **Evolution des effectifs :**

Le nombre d'entreprises adhérentes en prévoyance a augmenté entre 2009 (17400) et 2010 (19235), cette amélioration est similaire en nombre et en valeur absolue à celle de la santé.

✓ **Evolution des institutions de prévoyance :**

Lorsque les résultats seront fiscalisés, il y aura moins d'éclatement de la provision d'égalisation, une partie sera fiscalisable et une partie non fiscalisable. La santé ne sera pas concernée, seule la prévoyance le sera (au-delà de 75 % du résultat technique) et l'intérêt sera d'avoir une provision d'égalisation qui soit la moins fiscalisée possible. Plusieurs paramètres interviendront dans ces 75 % comme le volume du bilan par rapport au total d'une année de cotisations, la provision ne pourra peut-être pas dépasser une année de cotisations et tout ce qui dépassera sera fiscalisé. La barrière entre 75 % d'une année ou une année de cotisations entière pourra dépendre de l'effectif de la branche. En résumé, plus la branche est grande, moins elle aura besoin de provisions aléatoires et plus la branche est petite, plus elle pourra mettre de côté sans être impactée par l'impôt. L'impact sur les provisions sera à étudier en fin d'année et si elles dépassent un certain montant, elles risquent d'être en totalité soumises à l'impôt ; ce sera donc à regarder de près. Dès que les textes seront définitifs, il faudra que les opérateurs et la branche se réunissent pour étudier la mesure qui sera prise par rapport à cette fiscalité.

Sur 2011, compte-tenu de la suppression du taux d'appel réduit, la provision d'égalisation sera encore abondée de nouveaux excédents.

Décision :

A la demande de la CPNNC, les opérateurs lui fourniront pour mi septembre un comparatif entre le résultat 2010 et le prévisionnel 2011 pour le régime prévoyance (par rapport aux décès et aux arrêts de travail) et le prévisionnel du 1^{er} semestre 2011 pour le régime frais de santé (projection à partir des résultats de 2010 + les premières recettes estimées.)

Point 4 : Avenant n° 6 à l'accord formation (taux de contribution)

Problème dans la rédaction de l'art. 1-2 du projet d'avenant : en ce qui concerne les entreprises de 10 à moins de 20 salariés, les taux de contribution sont l'inverse de ce qui avait été décidé. En 2010, la CPNNC avait pris le parti de modifier par un avenant les taux de contribution sans modifier la contribution globale mais en modifiant la répartition entre ce qui est au titre de la professionnalisation et ce qui est au titre du plan de formation et ce, pour favoriser le retour du prélèvement du FPSPP qui permet de récupérer ce que la branche cotise.

Dans l'avenant d'origine discuté en juillet 2010, il était mentionné une contribution de 0.45 % au titre du plan et de 1.10 % au titre de la professionnalisation ; les bons taux ont donc été rétablis dans le projet d'avenant présenté aujourd'hui.

L'autre modification proposée par cet avenant, est le retrait de la limite de validité dans le temps.

Le Syndicat de l'Architecture n'est pas favorable à cette dernière disposition.

Décision :

L'avenant n° 6 à l'accord formation concernant les taux de contribution est proposé à la signature des partenaires sociaux. L'UNSFA, la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC en seront signataires.

Point 5 : Choix d'un actuair

YB (CFTC) : la sous commission "actuaire" a été mandatée dans un premier temps par la CPNNC pour élaborer un cahier des charges, validé par la CPNNC. Puis, suite à son envoi, 13 sociétés d'actuaire se sont manifestées et ont déposé des offres. La méthode de travail de la sous commission a été très simple mais particulièrement efficace : elle a repris les différents critères qui avaient été définis paritairement (la conformité de l'offre à la demande, la qualité de la note de présentation et de l'offre du candidat, les références du candidat, l'état des moyens et des compétences mis en œuvre, le détail de l'offre financière).

La sous commission a attribué une note de 1 à 5 pour chacun de ces critères, mais sans prendre en compte le critère "prix" pour lequel il appartiendra à la CPNNC, en fonction des éléments communiqués par la sous commission, de choisir le prestataire.

4 actuaire dont le total des notes était supérieur à 20/25 ont été retenus et sont à la disposition de la CPNNC :

- Premium Consulting : 83.200 € (24/25)
- Cabinet Deloitte : 49.000 € (21.5/25)
- Arra Conseil : 18.500 € (21.38/25)
- Ernst & Young Actuaire Conseil : 20.000 € (20.75/25)

Les membres de la sous commission ont très bien travaillé, PP s'est chargé de rédiger le tableau récapitulatif des 4 actuaire cités ci-dessus. En ce qui concerne la méthode de travail de la sous commission, tous les participants ont noté chacun des dossiers et une moyenne leur a été attribuée.

La différence entre les 4 actuaire s'explique par le nombre de jours de prestations, un actuair coûte entre 1000 et 2000 €/jour eu égard à son grade. Selon chacun des 4 actuaire, l'étude va de 16 jours à 60 jours. D'autres actuaire ont fait des offres supérieures à 83.000 € (ex. 110.000 €).

FG (SdA) : la difficulté d'analyser les dossier tient au fait que le coût journalier se tient entre les 4 actuaire, par contre, la différence se situe au niveau de l'évaluation du travail, du nombre de jours estimés, du niveau des réponses. Les 4 actuaire sélectionnés ont tous répondu aux critères demandés.

YB (CFTC) : par ailleurs, ils ont le mieux répondu au cahier des charges et tous ont travaillé pour des branche professionnelle et des prestataire comme Humanis, Malakoff-Médéric ...

JMD (UNSFSA) : le rôle de la CPNNC est de juger la mieux-disance de l'un des 4 actuaires ; en résumé, ils se valent tous sauf au niveau du prix et du temps estimé pour réaliser la mission !

YB (CFTC) : en ce qui concerne Arra Conseil, l'argument intéressant c'est qu'ils travailleront en collaboration avec un cabinet d'avocats (Froment-Briens), leur structure est très récente, le contact risque d'être un peu plus personnalisé ; quant au nombre de jours, il est estimé à 18. Le Cabinet Deloitte estime la durée de la mission à 23.6 jours (présentation du dossier extrêmement riche et méthode de travail bien explicitée), Premium Consulting à 52.25 jours et Ernst & Young à 16.5 jours (différents calendriers proposés).

Options proposées (coût en fonction du nombre de jours) : assurer le suivi annuel (Premium Consulting propose 15 jours de travail en plus).

En conclusion, Arra Conseil semble être l'actuaire le mieux-disant pour 18.500 € et 18 jours de travail, cependant le travail optionnel n'a pas été chiffré (même s'il n'est prévu que pour l'année prochaine).

Décision :

Suite au travail de la sous commission quant à la recherche d'un actuaire et après avoir analysé les rapports des quatre actuaires sélectionnés, la CPNNC choisit à l'unanimité Arra Conseil dont le coût de la mission est estimé à 18.500 € pour 18 jours de travail. Un courrier sera envoyé aux actuaires non retenus.

Un rendez-vous de prise de contact entre ARRA Conseil et la sous-commission sera organisé le 5 août 2011.

Point 6 : Fin de la mise à jour de la CCN

Décision :

Les partenaires sociaux approuvent le report à la CPNNC du 22 septembre prochain de l'examen des quatre derniers articles proposés pour la mise à jour de la CCN.

Point 7 : Questions diverses

Information de la Présidence de l'APGP :

Une réunion de travail est proposée aux organisations le mercredi 21 septembre 2011, pour la présentation des comptes du 1^{er} semestre 2011 et la mise à jour du règlement intérieur de l'APGP.

La prochaine CPNNC aura lieu le 22 septembre 2011

Ordre du jour

- 1 - Approbation de l'ordre du jour
- 2 - Approbation du compte rendu de la réunion du 07 juillet 2011
- 3 - Point sur les actions des CPR pour 2012
- 4 - Accord d'entreprise Archi-Concept
- 5 - Présentation du projet de mise à jour de la CCN
- 6 - Questions diverses

La séance est levée.