

CPNNC - Commission de Gestion des Régimes "Santé/Prévoyance" du 04 juillet 2013

Compte-rendu approuvé par la
CPNNC du 19 septembre 2013

Compte-rendu

Collège Employeurs :

SyndArch : Jean-François CHENAIS, Françoise GROSHENS, Boualem BELLEMOU, Patrick COLOMBIER

UNSA : Thierry LE BERRE, Patrick BIDOT, Gilles LEFEBURE, Jean-Philippe CHARON

Collège Salariés :

CFTC : Yassin BOUAZIZ, Angélique LACROIX

CGT : Laurent TABBAGH

FO : Dominique MODAINE

SYNATPAU-CFDT : Stéphane CALMARD, Murielle TEGUEL

Arra Conseil : Jean-Philippe REGAT (actuaire)

Adéis/Humanis : Pascal RONZON, François GOUZY

Malakoff-Médéric : Alain GELIN, Alain MULLER

Président : Stéphane CALMARD

Vice-président : Jean-François CHENAIS

Secrétaire général : Pierre POUILLEY

Ordre du jour de la CPNNC - Commission de Gestion du 04 juillet 2013

- 1 - Approbation de l'ordre du jour
- 2 - Présentation des comptes de résultats de l'exercice 2012 pour les régimes prévoyance et frais de santé
- 3 - Présentation du projet d'accord "Egalité professionnelle hommes/femmes"
- 4 - Appel d'offres
- 5 - Questions diverses

Point 1 : Approbation de l'ordre du jour

Décision : La Commission approuve en l'état l'ordre du jour de la réunion du 04 juillet 2013.

Point 2 : Présentation des comptes de résultats de l'exercice 2012 pour les régimes prévoyance et frais de santé

- Malakoff-Médéric : Alain Gelin remplace Maryline Fleurent, il a repris le dossier de la branche tout récemment et se tient à la disposition des membres de la commission paritaire.

- Adéis/Humanis : François Gouzy fait désormais partie de l'équipe de Pascal Ronzon et va avoir le plaisir de suivre le dossier de la branche architecture.

A - PREVOYANCE

↳ Compte de résultats - Provision d'égalisation & réserve générale

➤ Compte de résultats :

- *Cotisations* : elles sont passées de 20.951 870 € en 2011, à 20.710.353 € en 2012, sachant qu'en 2012, il y a eu l'application du taux d'appel réduit d'à peu près 20 % au 1^{er} juillet, soit un effet sur la moitié de l'exercice ;
- *Provisions pour sinistres à régler calculées au 31/12/2011* : reprises au crédit et remplacées par les provisions vues à la fin de l'exercice 2012 ;
- *Prestations réglées dans l'exercice* : elles passent de 10.618.000 € en 2011 à 13.008.400 € en 2012.

Ce qui donne globalement un solde créditeur qui passe de 3.971.916 € en 2011 à 1.744.424 € en 2012.

Solde prévoyance. Il faut distinguer :

- le résultat technique de l'exercice pour un montant de 1.744.424 € ;
- les produits financiers sur les provisions techniques qui sont intégrés au-delà des intérêts techniques pour un montant de 68.388 € ;
- les produits financiers sur la provision d'égalisation et la réserve générale pour un montant de 766.758 €.

Soit un résultat global de l'exercice qui s'élève à 2.579.570 €.

La réaffectation et la distinction entre la provision d'égalisation et la réserve générale sont un peu compliquées du fait de la fiscalité. Une partie du résultat est pour l'institution non fiscalisée et correspond à la partie technique et une partie qui va au-delà d'une affectation à la provision d'égalisation de 75 % du résultat technique au-delà de la partie défiscalisée, va intégrer la réserve générale prévoyance (90 % du résultat technique et financier vont alimenter la réserve générale sous déduction de l'affectation de la provision d'égalisation, soit 75 % + 15 %. La différenciation est essentiellement due à de la fiscalisation).

➤ **Provision d'égalisation** : elle était de 13.742.518 € au 1^{er} janvier de l'exercice sur lequel sont alimentés 75 % du résultat technique, ce qui fait 1.308.318 €.

Soit une provision d'égalisation au 31 décembre de l'exercice qui s'élève à 15.050.836 €.

Arra : si jamais la provision d'égalisation atteignait le plafond, le reliquat passerait en réserve générale. Les organismes assureurs ont 10 % du résultat, après, l'affectation se fait uniquement par rapport à la fiscalité. Une partie est constituée en franchise d'impôt et une autre partie qui, normalement, devrait l'année prochaine être fiscalisée. Logiquement, dans le cadre d'un nouveau protocole technique et financier, il faut prévoir, pour les sommes qui ne sont pas en franchise d'impôt, une petite baisse du taux de rémunération des provisions. D'où le non sens d'avoir une réserve générale au niveau où elle est actuellement. Autant la provision d'égalisation, qui est faite en franchise d'impôt, peut atteindre le plafond maximum, ce qui est une bonne sécurité ; autant le fait d'avoir des réserves générales avec des montants élevés, cela n'a pas vraiment de sens.

➤ Réserve générale :

La réserve générale au 1^{er} janvier de l'exercice était de 19.307.383 €. Le résultat affecté à cette réserve générale est de 1.059.263 €.

Soit une réserve générale au 31 décembre de l'exercice qui s'élève à 20.366.646 €.

Conclusion : les niveaux de réserves sont toujours aussi importants malgré l'application du taux d'appel en 2012, résultat qui est meilleur que celui attendu initialement.

Arra : ce qui peut être dit clairement, c'est qu'aujourd'hui, il y a trop de réserves. Le régime ne peut rester avec 35.000.000 € de réserves pour 20.000.000 € de cotisations, même s'il y a des facteurs qui impliquent que les réserves vont augmenter naturellement parce que les taux d'intérêts baissent.

Rappel : chaque fois que les taux d'intérêts baissent, les provisions montent ; actuellement, les taux sont au niveau le plus faible possible et les réserves devraient encore augmenter un peu d'ici le prochain exercice, mais pas dans les mêmes proportions.

En mai 2013, le taux du marché des emprunts de l'état était à 1.86 % et n'a jamais été aussi bas, ce qui signifie que toutes les provisions ont été actualisées à 2.20 %. En baissant le taux, les provisions vont augmenter, mais de quelques centaines de milliers d'€ sans entamer les 35.000.000 € de réserves. Il est clair que ces 35.000.000 € ne peuvent pas être laissées en l'état.

AM (MM) : il y a eu effectivement un double effet, une amélioration des résultats sur les exercices précédents qui améliore l'exercice comptable 2012, ce qui fait que la vision de l'exercice courant s'améliore aussi. Le taux d'appel qui devait amener un résultat déficitaire ramène à un résultat équilibré.

Question de l'Unsa : Quid des provisions pour sinistres non connus ? Le chiffre 2011 apparaît dans le tableau "compte de résultats", mais pas dans les tableaux détaillés (suivi technique par exercice de survenance).

AM (MM) : en 2013, tous les sinistres survenus en 2011 sont connus et provisionnés tête par tête.

Arra : il n'est pas possible de comparer des comptes "comptables" et des comptes "de survenance". On ne peut pas mettre en regard un compte qui parle de flux dans lequel il y a tout l'historique et un compte de survenance où seulement les sinistres issus de l'exercice sont portés. Quand on parle "par survenance", ce sont les cotisations d'un exercice (2012) et toutes les provisions qui sont constituées au titre des sinistres issus de 2012. Les provisions pour sinistres non connus passent chaque année en survenance, d'un exercice à l'autre. Normalement, les provisions pour sinistres inconnus concernent les sinistres de la fin d'année du dernier exercice, qui ne sont pas trop connus mais qui doivent être provisionnés.

L'année d'après, les provisions pour sinistres non connus au titre de l'exercice N-2 n'existent pas. En 2013, il n'y aura pas de provisions pour sinistres non connus au titre de 2011 ; c'est un peu faux parce qu'il y en a toujours dans certains comptes. Malakoff-Médéric et Humanis n'en ont pas mis estimant qu'avec le recul, tous les sinistres de 2011 étaient bien connus en date de clôture de 2012 parce qu'ils ont constaté qu'il y avait plutôt un boni. Ce sont des provisions qui s'ajustent chaque année et qui sautent ou descendent d'un cran ; c'est pour cela qu'il est difficile de regarder à la fois un compte de survenance et un compte comptable puisque la finalité n'est pas exactement la même. Bien évidemment, les provisions qui ont été constituées fin 2011, au titre des sinistres non connus de novembre et décembre ont été mises de côté, mais elles ont du être reprises dans le compte comptable ; chaque année, c'est donc le différentiel qui joue.

Question de l'Unsa : Quid des provisions pour sinistres à régler qui datent de 2007 ?

AM (MM) : c'est le lien entre le compte de survenance et le compte comptable. Comme la situation comptable est établie au 31 décembre et que les chiffres ont été arrêtés à fin mars de l'année suivante, il y a un décalage du fait d'arrêts de travail qui sont survenus et de périodes d'indemnisation de fin d'année qui sont réglées en début d'année suivante. Les prestations versées en mars restent à régler au 31 décembre précédent.

AG (MM) : ça peut paraître paradoxale puisqu'il est question de sinistres de 2007, mais la provision est bien affectée au moment de l'arrêt de travail.

AM (MM) : ce sont des sinistres survenus en 2007, pour des salariés toujours en arrêt fin 2012, et qui ont été réglés début 2013.

Arra : la provision pour sinistres à payer concerne des sinistres qui sont connus, pour lesquels l'organisme a reçu en gestion un justificatif de la Sécurité Sociale jusqu'à une certaine date. Comme c'est un sinistre 2007, il n'y a pas de raison pour qu'il n'existe plus puisque la personne était en arrêt, à la limite, elle aurait pu décéder. Dans l'attente de recevoir le bordereau de Sécurité Sociale qui va faire la jonction entre la dernière période indemnisée et cette année, il y a cette provision pour sinistre à payer pour lequel il n'y a pas eu le justificatif.

Dans certains cas, il peut y avoir des provisions pour sinistres à payer "décès" du fait que l'instruction des dossiers peut être relativement longue, notamment pour des questions d'héritage ou de succession qui font que l'organisme assureur ne peut pas régler le capital tant qu'elles ne sont pas traitées.

- "**Autres frais 2011**" :

YB (CFTC) : demande que désormais, cette rubrique soit plus détaillée.

AG (MM) : a priori, ce sont les frais des commissions, l'opérateur reviendra rapidement vers la branche sur ce sujet.

- Frais de gestion :

AM (MM) : la spécificité de Malakoff-Médéric, c'est de calculer les frais de gestion sur la part de cotisation contractuelle.

Arra : les frais de gestion doivent être calculés par rapport à de l'équilibre ; si les frais de gestion sont de 10, de 12 ou de 13 %, ils sont calculés sur des cotisations d'équilibre. Lorsque des équilibres dégagent 50 % de résultat, les frais de gestion ne sont plus de 13 mais de 26 %

AM (MM) : les frais de gestion en pourcentage ont baissé dans le protocole technique et financier, notamment en garantie décès pour laquelle, de 8 %, ils sont passés à 7.5 % en 2012 ; pour la garantie maintien de salaire, ils sont passés de 10.5 % à 10 %, ainsi que dans les mêmes proportions pour l'OCIRP.

AG (MM) : les frais de gestion tels qu'ils ont été établis avec toutes les remarques de la branche, l'ont été sur la base des cotisations "contractuelles".

↳ Suivi technique par année de survenance et par risque

Les charges sinistres et les cotisations encaissées sont comparées au titre de chaque exercice d'assurance.

➤ Mensualisation/Maternité : voir tableau

- *Garantie mensualisation (arrêts du 4^{ème} au 150^{ème} jour). Répartition par âge et répartition hommes/femmes : 74 % de femmes sur la garantie mensualisation, y compris la maternité.*

AM (MM) : pour la garantie mensualisation, il y a une évolution de la garantie à effet du 1^{er} janvier 2010 et une évolution de la cotisation à effet du 1^{er} janvier 2009. Jusqu'en 2009, la prestation mensualisation était à 130 % du brut moins la Sécurité Sociale, elle est passée à 87 % du brut moins la Sécurité Sociale en 2010, ce qui explique la baisse de charge de sinistres à effet du 1^{er} janvier 2010 et la baisse de la cotisation à effet du 1^{er} janvier 2009.

Désormais, la charge de sinistres est assez stable sur les exercices 2010 et 2011, aux alentours de 5.000.000 €. Rapporté aux cotisations nettes de chargement, le rapport sinistres/primes est aux alentours de 65 %.

TLB (UNSA) : constate que les prestations payées sont passées de 1.789.071 € en 2011 à 2.926.942 € en 2012, le delta est non négligeable.

AM (MM) : en retirant les 1.789.071 € aux 5.042.411 € de l'exercice de survenance de 2011, on retombe sur les prestations payées en 2011 au titre de l'exercice 2011.

Arra : il y a toujours un décalage dans la survenance donc en fait, pour lire une survenance et faire le lien avec ce qui s'est passé l'année d'avant, il faut ressortir le compte de l'année passée.

AM (MM) : d'une année sur l'autre, il y a un transfert des provisions vers les prestations payées.

➤ Incapacité / Invalidité : voir tableau

- *Liste des incapacités de travail en cours au 31 décembre 2012 : voir tableau.*

- *Garantie incapacité (arrêts du 151^{ème} au 1095^{ème} jour). Répartition par âge et répartition hommes/femmes : 66 % de femmes sur la garantie incapacité, hors maternité.*

- *Liste des rentes d'invalidité en cours au 31 décembre 2012 : voir tableau*

Arra : les arrêts sont provisionnés jusqu'au départ à la retraite de la personne, c'est donc là qu'il y a un gros impact de toutes les provisions puisque l'organisme assureur est censé régler les prestations périodiques jusqu'à 62 ans et éventuellement, si la personne décède, il doit payer le capital décès.

Le dernier exercice de survenance (2012) est un peu lourd parce qu'en incapacité il y a trois provisions qui s'ajoutent : la provision pour l'indemnité journalière qui va jusqu'à trois ans ; la provision de passage en invalidité qui, en fonction d'une fréquence, en fonction de l'ancienneté dans l'arrêt de travail, va rajouter un petit bout de la provision d'invalidité, et enfin, la provision de maintien de garantie décès pour régler le capital. Ces deux dernières provisions sont prévues dès le départ, mais comme dans beaucoup de cas, les personnes vont reprendre l'activité, l'année d'après, elles vont disparaître. Il y a une "sur provision" au départ parce que les provisions de rente en attente et les provisions de maintien de garantie décès n'existaient avant, que jusqu'à 60 ans. Maintenant, avec les nouvelles tables, les provisions se font jusqu'à 62 ans, donc, dès l'arrêt de travail, elles sont majorées.

Il y a un autre phénomène de majoration, lorsqu'une provision est mise en attente pour l'invalidité, elle est calculée sur la prestation complémentaire qui est donnée au titre de l'indemnité journalière. En indemnité journalière, la Sécurité Sociale a changé son système d'indemnisation puisqu'elle ne donne plus 50 % du salaire dans la limite de la tranche A, mais 50 % du salaire dans la limite de 1.8 fois le SMIC. Elle donne donc 50 % au maximum de 2500 €.

De nombreuses personnes sont en arrêt de travail dans la branche et qui sont entre 2500 et 3086 € ; là où autrefois la Sécurité Sociale donnait 50 %, maintenant, ce sont les régimes complémentaires qui les prennent. Au niveau de l'indemnité journalière, elle va être calculée à partir de 50 % de 2500 € et non plus à partir de 50 % de 3086 €. Quand la personne passe en invalidité, le système de calcul de la Sécurité Sociale consiste à prendre les 10 meilleures années dans la limite de la tranche A, c'est donc revenir à 3086 €.

Ce qui signifie que dans la fameuse provision de rente en attente, un montant va être donné, multiplié par 365 jours pour avoir la rente, mais la Sécurité Sociale, va calculer une rente plus élevée puisqu'elle ne va pas se limiter à 2500 €, mais qu'elle va aller jusqu'à 3086 €. Il y a un phénomène de double sur provisionnement, à savoir par rapport aux fréquences des personnes qui vont reprendre leur activité et par rapport à l'assiette de la prestation, qui fait que la provision est majorée, puisque jusqu'à présent pour la Sécurité Sociale, les règles de calcul en invalidité n'ont pas changé.

En conclusion, au niveau des provisions, il y a forcément un boni qui va être constaté sur le prochain exercice et le rapport P/C de 214 % en 2012 devrait s'améliorer.

La survenance, c'est l'équilibre technique du compte qui n'est réellement connu qu'une fois que le dernier invalide est parti à la retraite ou est décédé. Une fois qu'il n'aura plus de sinistres à régler, le compte réel de l'exercice de survenance sera connu. Inutile de dire qu'il y en a pour plus de 10 ans.

AM (MM) : faut-il supprimer les provisions pour sinistres inconnus du fait de la sur représentation des provisions mathématiques ? Comme ce sont deux postes différents, Malakoff-Médéric n'a pas voulu mettre les provisions pour sinistres inconnus à zéro.

Arra : les provisions pour sinistres inconnus seront dégagées lorsqu'il y aura 100 % de bénéfice !

TLB (UNSFA) : sans trop se tromper, la branche peut dire que dans la profession, il y a un facteur aggravant en termes d'incapacité temporaire ou permanent.

Arra : par rapport à ce qui a pu être constaté fin 2011, le rapport P/C était de 166 % alors qu'il est de 214 % en 2012.

AM (MM) : il faut aussi regarder la charge de sinistres qui est un peu volatile d'une année sur l'autre. En 2011, la charge de sinistres est assez proche de celle de 2009, c'est l'année 2010 qui a été particulièrement bonne.

Arra : au regard du nombre de dossiers en cours au niveau de la garantie incapacité pour les nouveaux arrêts de travail entre 0 et 3 ans, il y en a eu 101 en 2011 et 99 en 2012, soit quasiment le même nombre. En 2011, l'âge moyen à l'arrêt était de 47 ans, il est de 49 ans en 2012.

AM (MM) : en 2012, il y a l'effet baisse de prise en charge par la Sécurité Société qui est mathématiquement compensé par le régime.

SC (CFDT) : Quid de l'analyse de la répartition hommes/femmes par les organismes assureurs ? Pourquoi deux fois plus d'hommes que de femmes meurent ?

AG (MM) : à âge égal, il y a beaucoup plus de décès chez les hommes que chez les femmes. Traditionnellement dans les tables, les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes, ce sont des tables de mortalité objec-

tives et les organismes assureurs n'analysent pas particulièrement les causes du fait qu'ils n'ont pas le droit d'avoir les pathologies des personnes décédées.

PR (Humanis) : en réalité, dans les systèmes de gestion, les opérateurs, que ce soit Malakoff-Médéric ou Humanis, ne peuvent pas identifier les causes de décès. Ils savent juste si le décès est lié à un accident ou à une maladie. Lorsque les organismes assureurs enregistrent un décès, le certificat de décès est le seul justificatif qu'ils reçoivent et ce justificatif n'indique jamais la cause réelle du décès, s'il est lié à une maladie.

SC (CFDT) : les réserves pourraient permettre de faire de l'action sociale et de monter une sorte d'observatoire sur les causes des décès dans la branche.

PR (Humanis) : un observatoire ou une identification pourrait donner naissance à des actions de prévention collective qui auraient des conséquences d'amélioration sur les comptes puisqu'il s'agirait de toucher aux habitudes de vie comme les addictions, que ce soit à l'alcool ou au tabac et donc de toucher à la sinistralité du contrat d'assurance.

Arra : c'est vrai aujourd'hui sur un certain nombre de générations, cela a été très vrai par le passé, mais les tables d'espérance de vie qui étaient assez espacées entre les hommes et les femmes sont en train, avec les nouvelles générations, de se rapprocher. Si l'âge moyen du décès est aujourd'hui de 51-52 ans, à l'avenir, ces répartitions devraient être moins évidentes qu'elles ne le sont aujourd'hui.

FG (SyndArch) : l'autre phénomène statistique, c'est que les générations qui décèdent ont autour de la cinquantaine et qu'il y a plus d'hommes que de femmes.

SC (CFDT) : est interpellé par le taux d'incapacité de 66 % chez les femmes et ne voit pas les raisons de cette différence avec les hommes. Il faut absolument avoir une analyse précise sur ce sujet.

AG (MM) : les femmes décèdent moins que les hommes, mais elles s'arrêtent plus facilement ; à la fois elles vivent plus longtemps, mais elles sont plus fragiles. Un observatoire est tout à fait envisageable sur les motifs d'incapacité.

AM (MM) : au regard des résultats présentés, l'âge moyen évolue à la hausse entre les parties mensualisation, incapacité et invalidité, ce qui est assez classique dans les portefeuilles d'assurance.

➤ **Capitaux Décès :**

- Garantie capital en cas de décès toutes causes (voir tableau)
- Garantie capital en cas de décès simple (voir tableau)
- Garantie capital en cas de décès accidentel (voir tableau)
- Liste des capitaux décès réglés en 2012 (voir tableau)
- Garantie capital décès. Répartition par âge et répartition hommes/femmes : 32 capitaux décès ont été versés en 2011 et 37 en 2012. En 2011, l'âge moyen de décès était de 47 ans et de 48 ans en 2012.

JFC (SyndArch) : 22 personnes sont décédées en 2012 toutes causes confondues. Quid du nombre de personnes décédées par accident et par maladie ?

Arra : un décès par accident pour un capital de 118.000 €.

➤ **Rente d'éducation et rente de conjoint OCIRP :**

- Garantie rente éducation/rente de conjoint (voir tableau)
- Liste des rentes éducation en cours au 31 décembre 2012 (voir tableau)
- Liste des rentes de conjoint en cours au 31 décembre 2012 (voir tableau)
- Garantie rente éducation : répartition par âge
- Garantie rente de conjoint : répartition par âge

AM (MM) : sur les rentes OCIRP, il y a en 2012 une provision pour sinistre non connu importante d'un montant de 1.003.885 €

Arra : en 2012, 27 rentes éducation de plus qu'en 2011 et une rente de conjoint de plus qu'en 2011.

PR (Humanis) : en réalité, il est normal que le nombre d'enfants bénéficiaires de rente d'éducation augmente ; comme l'âge moyen du décès de la personne est de 48 ans en 2012 et qu'en moyenne, l'âge pour le premier enfant est à 30 ans, statistiquement, au moment du décès, les enfants ont 18 ans. Si les enfants poursuivent des études, ils sont bénéficiaires de la rente éducation jusqu'à l'âge de 26 ans.

➤ **Suivi technique par année de survenance. Ensemble des garanties Prévoyance : voir tableau**

↳ **Evolution des cotisations entre 2011 et 2012**

➤ **Evolution des cotisations par risque : voir tableau**

↳ **Evolution des effectifs adhérents et participants**

➤ **Effectifs couverts** : 38.187 salariés cotisants ont été couverts en 2012 et 37.275 en 2011, soit une augmentation de 2.4 %.

➤ **Nombre d'entreprises adhérentes** : 21.336 entreprises en 2012 et 19.762 en 2011.

JFC (SyndArch) : quelles sont les entreprises qui sont collectées ? Les entreprises figurant sous le code Naf 7111Z ou bien les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective tel qu'il est défini à l'article 1, c'est-à-dire, les entreprises d'architecture à exercice réglementé + les maîtres d'œuvre en bâtiment ? Y-a-t-il une répartition entre ceux-ci ? Quid des 21.336 entreprises annoncées par les opérateurs, alors que toutes les données de la branche, recoupées avec celles de l'Opca Pl font état d'environ 12.000 entreprises ? Ce nombre de 21.336 entreprises représente-t-il les établissements principaux et secondaires, ce qui pourrait expliquer cette différence d'environ 10.000 ? Enfin, quid des entreprises sans salarié ?

AG (MM) : **prend en compte les diverses interrogations de la commission et reviendra vers elle pour lui apporter les réponses.**

YB (CFTC) : comment les fichiers sont-ils mis à jour ? De quelle manière les entreprises nouvellement créées sont-elles décelées ?

AG (MM) : l'opérateur travaille essentiellement avec les experts-comptables qui le contactent spontanément, mais il obtient également des informations auprès des tribunaux de commerce et de l'Insee.

PR (Humanis) : au moment de la création d'une entreprise, il y a des démarches administratives obligatoires qui se font. Un créateur est forcément identifié et les opérateurs, en tant que groupes de protection sociale, au-delà de la retraite, reçoivent automatiquement les fichiers Insee de déclaration. La déclaration est rapportée au code Naf d'activité et dès lors qu'il rentre dans le champ d'application de la Convention Collective (les entreprises d'architecture à exercice réglementé et les maîtres d'œuvre), les entreprises reçoivent le kit d'adhésion.

AG (MM) : c'est d'autant plus important pour Malakoff-Médéric, du fait que sur le périmètre, l'opérateur est désigné en retraite, il a une obligation légale et il n'est pas question qu'une entreprise puisse lui échapper.

YB (CFTC) : demande à Malakoff-Médéric une note sur les différentes façons de détecter les entreprises.

Modifications à apporter en prévoyance :

Suite à l'intervention d'Arra Conseil, Malakoff-Médéric rajoutera 30 000 € dans la réserve générale, eu égard à un problème sur les intérêts.

B - FRAIS DE SANTE

↳ **Compte de résultats Santé au 31 décembre 2012**

AM (MM) : les cotisations sont passées de 11 620 093 € en 2011 à 14 358 844 € en 2012 avec un solde créditeur de 279 102 € en 2011 et de 620 346 € en 2012. Dans ce solde créditeur de 2012, env. 300 000 € proviennent des cotisations encaissées au titre de 2011 qui ont été supérieures aux estimations prévues en 2012.

↳ **Réserve générale au 31 décembre 2012**

AM (MM) : la réserve générale au 1^{er} janvier de l'exercice était de **4 963 845 €** + le résultat affecté à la réserve générale de 90 % des 620 346 €, soit **558 312 €** + les produits financiers calculés sur la réserve au 1^{er} janvier de l'exercice affectés des 90 % du taux de rendement des emprunts d'état de 58 % sur l'exercice 2012, soit **115 161 €, ce qui donne une réserve générale au 31 décembre de l'exercice de 5 637 318 €.**

Arra : avoir une réserve générale en complémentaire santé à cette hauteur par rapport aux cotisations, c'est totalement atypique et n'existe que dans la branche architecture. Ce qui signifie que ce qui était vrai sur la prévoyance, l'est également sur la complémentaire santé. Avoir de la réserve est une bonne chose du fait que ces dernières années, la législation a beaucoup bougé en santé et a induit un certain nombre de réajustements ; il y en aura sans doute d'autres avec la loi de finances 2014, suite à la mise en place de la loi de sécurisation qui fait que, sans doute, les régimes vont encore être impactés.

La branche ne peut que se féliciter d'avoir un montant de réserve générale en santé à hauteur de 5 637 318 €, mais c'est quand même trop par rapport aux cotisations.

PP : le taux d'appel en prévoyance a été révisé, mais à compter du 1^{er} juillet et les cotisations santé ont augmenté à la même date. Sur un exercice plein, l'excédent serait donc plus important.

TLB (UNSA) : il va y avoir l'impact de la portabilité qui a été mise en place au 1^{er} juillet 2013 ; par ailleurs, le P/C monte systématiquement et c'est un facteur à prendre en compte. Lorsque la commission a travaillé sur la remise à jour des garanties, il s'avère qu'il y a toujours des postes qui sont très importants et bien remboursés que sont le dentaire et l'optique, ce dernier poste ayant été vu à la baisse au niveau des montures et des verres. Ce n'est qu'en 2014 que la branche pourra réellement apprécier le montant de la réserve en santé.

Arra : la réserve est importante par rapport à ce qui a été réalisé aujourd'hui et par rapport à ce qu'il y a pour demain. Effectivement, lorsque la commission a travaillé sur les nouvelles garanties de santé, l'idée n'était pas d'ouvrir les vannes en matière de garanties, bien au contraire ; c'était de rester dans une maîtrise de l'optique notamment, par la mise en place de grilles, par la mise en place d'un certain système. La remarque n'est pas par rapport à l'équilibre du contrat actuel, normalement, cet équilibre devrait exister dans les années à venir. Actuellement, il y a une phase de transition et il faut attendre ce qui sera proposé par les uns et par les autres. A toutes choses égales, les nouvelles garanties devraient aujourd'hui être des garanties à l'équilibre et même si la portabilité a un impact à hauteur de 4 ou 5 % des cotisations, la réserve de 5 637 318 € va rester. Qui plus est, en matière de réserves générales, la branche en a deux, ces réserves générales sont fongibles et sont en franchise d'impôt. C'est donc de l'argent qui appartient indistinctement aux régimes, que ce soit en prévoyance ou en santé. Autant la provision d'égalisation en prévoyance n'est que prévoyance et ne peut être utilisée que sur la prévoyance, autant une réserve générale, c'est l'argent du régime. Cet argent appartient aux entreprises et aux salariés au prorata de leur abondement et de leur participation.

Pourquoi distinguer les deux ? Parce que les périmètres ne sont pas forcément les mêmes ; le périmètre de constitution de prévoyance n'est pas forcément le même périmètre de constitution de la santé. Avec la loi de sécurisation, il y aura sûrement un phénomène pour faire en sorte que tout le monde soit au même niveau ; néanmoins, à terme, les réserves générales sont à la disposition de la branche qui peut les utiliser comme elle veut.

Il est évident que c'est très bien d'avoir une réserve de 5 millions d'€ en santé, mais c'est très atypique par rapport à ce qui se passe ailleurs.

SC (CFDT) : la réserve n'est-elle pas trop importante au vu de l'impact de la portabilité qui vient d'être soulevé précédemment ? Est-ce que la branche est apte à jauger la réserve nécessaire pour absorber l'impact de la portabilité ?

AM (MM) : l'impact de la portabilité qui devrait être de 3 ou 4 % peut être comparé à la réserve qui est de 50 % d'une année de cotisations et il y a de la marge.

AG (MM) : il faut tenir compte également des mesures législatives habituelles comme la TCA qui arrive et qui, pourquoi pas, pourrait doubler.

Arra : si dans les contrats responsables, des taxes sont mises sur les charges sociales, ce sont des aléas qui pourront être difficilement chiffrés.

TLB (UNSA) : il faut rester prudent sur la santé, la loi de sécurisation va faire passer la portabilité à 12 mois avec un mois de présence dans l'entreprise ; la période de crise est accentuée et la portabilité va avoir un impact.

JFC (SyndArch) : la branche n'a pas besoin de la réserve en prévoyance puisque de toutes les façons, la provision d'égalisation s'élève à 15 millions d'€, ce qui n'est pas rien par rapport aux cotisations. Le fait de baisser les cotisations et d'augmenter les prestations n'a pas entraîné une baisse importante des réserves qui se sont reconstituées facilement. Il faut donc trouver des possibilités d'utilisation de la réserve générale au moyen d'actions massives.

L'autre question à se poser est liée à l'arrêt du Conseil Constitutionnel et à l'avenir des régimes de branches tels qu'ils sont actuellement. Quid des réserves s'il n'y a pas de clause de migration possible entre les opérateurs ? En les restituant aux entreprises et aux salariés au prorata de leur participation, cela représenterait 300 € par salarié et 625 € par entreprise. Ce sont des questions que la branche devra se poser. L'autre solution serait la création d'actions sociales comme par exemple, une action pour la dépendance. La branche ne peut pas continuer à baisser les cotisations et à augmenter les prestations, ce qui ne joue qu'à la marge.

↳ **Suivi technique par année de survenance : voir tableau**

↳ **Statistiques générales du régime conventionnel**

➤ **Ventilation des prestations Santé par poste - Survenance 2012 : voir tableau**

➤ **Entreprises adhérentes et Effectifs couverts :**

JFC (SyndArch) : 35 à 36 % des entreprises et les 2/3 des salariés sont couverts en santé, il y a encore des marges de progression possibles sur le sujet.

PC (SyndArch) : par rapport à l'origine du régime en 2008 qui avait fait pas mal crier dans les chaumières, le nombre d'entreprises adhérentes a doublé, mais il en reste encore 4000 qui sont ailleurs. Dans les années qui viennent, est-ce que l'accroissement du nombre d'entreprises va être du même ordre ou bien, va-t-il y avoir une stabilisation ?

TLB (UNSA) : le facteur assez primordial qui va entrer en ligne de compte pour les entreprises qui ne sont pas dans le régime de branche, c'est la portabilité et sa mutualisation.

AG (MM) : il y a également un autre facteur, à savoir les entreprises qui n'étaient pas dans la branche et qui, à la limite, sont fondées à ne pas y être si elles ont des garanties. Aujourd'hui, compte-tenu de la répercussion moindre de la TCA dans le régime qu'elle ne peut être dans les entreprises, celles-ci auront de moins en moins intérêt à être en dehors de la branche. Au moment des taux d'appel, comment les entreprises pourraient être facilement couvertes au même prix ou moins cher ailleurs et avec ce même type de garanties que dans la mutualisation ? Il y a encore un gros travail d'information à faire sur ce point auprès des entreprises.

PR (Humanis) : si demain la branche souhaite instaurer un fonds d'action sociale, bien évidemment, cela attirera aussi, en complément de la raison économique, les entreprises qui ne sont pas dans la mutualisation.

LT (CGT) : il y a également un phénomène dont on ne parle pas et dont on ne sait pas comment il va évoluer, c'est la clause de désignation et c'est un gros point d'interrogation pour l'avenir puisqu'il n'y aura plus d'obligation d'adhérer à l'opérateur de la branche.

JFC (SyndArch) : les accords santé et prévoyance sont étendus et s'imposent, et la clause fixant la désignation est indépendante des accords santé et prévoyance qui eux sont obligatoires.

AG (MM) : lorsque la branche a désigné deux opérateurs, la décision du Conseil Constitutionnel ne remet pas en cause les choix initiaux, mais il va jusqu'à la période de renouvellement.

LT (CGT) : mais arrivée à la période de renouvellement, la branche peut choisir les opérateurs qu'elle veut.

Arra : c'est l'intérêt d'appartenir ou pas à une mutualisation ; est-ce qu'une branche veut appartenir à la mutualisation avec les mêmes garanties pour tout le monde dans le même périmètre d'activité, ou bien veut-elle appartenir à une autre mutualisation ?

LT (CGT) : ce n'est pas la branche qui l'imposera, mais ce sera l'employeur qui décidera de ce qu'il veut faire, alors qu'aujourd'hui, ce n'est pas le cas.

JFC (SyndArch) : c'est l'idée du Conseil Constitutionnel, simplement, il faut voir que les clauses de désignation de la branche sont des accords distincts du caractère obligatoire des régimes, qui sont des accords étendus. Ces accords ne sont pas remis en cause explicitement puisque le seul article qui est vraiment visé c'est celui du code de la Sécurité Sociale qui définit la désignation. A priori, les accords de branche antérieurs ne sont pas visés ; le seul problème dans des accords obligatoires, c'est de savoir comment désigner ou choisir à nouveau des opérateurs et si la branche en choisit, il ne faudra pas qu'elle étende les accords.

Arra : aujourd'hui, même dans les conventions où il y a désignation ou migration, les employeurs n'y vont pas.

LT (CGT) : dans la mesure où les employeurs proposent à leurs salariés les mêmes garanties, voire mieux pourquoi pas, mais ce ne sera plus le cas demain. Ils pourront choisir un autre opérateur avec des garanties moindres que celles de la branche.

Arra : ce ne sera pas possible avec des garanties moindres, il faudra que ce soit à garanties égales.

PR (Humanis) : il est important de bien comprendre qu'il y a des notions, aujourd'hui, qui seront éclairées demain, probablement après l'été. Aujourd'hui, toutes les réponses ne peuvent pas être apportées par rapport à un débat de fond sur les clauses de désignation. Ce qui est important, c'est de distinguer la problématique de l'abrogation de l'article L-912 qui porte sur la désignation, de la problématique de la garantie d'assurance qui est distincte. A partir du moment où la branche donne le cadre de garanties collectives et donc de prestations avec un taux, l'employeur, certes, a la liberté de ne pas venir dans la mutualisation, par contre, il a l'obligation de respecter le minimum défini par la Convention Collective.

Arra : et même en allant plus loin, le taux qui est défini peut l'être comme étant un taux net de couverture de risques.

➤ **Effectifs couverts :**

TLB (UNSA) : les deux graphiques ne sont pas cohérents, revoir les couleurs bleu ou rouge.

➤ **Structure des cotisants : voir tableau**

➤ **Population bénéficiaire par âge :**

TLB (UNSA) : ce tableau est très intéressant du fait que la féminisation est extrêmement importante dans la branche.

🔗 **Suivi technique des garanties optionnelles**

➤ **Garanties frais de santé complémentaire obligatoire et facultative : voir tableau**

➤ **Garanties frais de santé complémentaire obligatoire : voir tableau**

➤ **Garanties frais de santé complémentaire facultative : voir tableau**

🔗 **Modalités techniques**

I - Le compte de résultats

Le compte de résultats techniques comptable du régime intègre l'ensemble des éléments techniques relatifs aux garanties santé définies dans l'Accord de branche des entreprises d'architecture et de ses avenants. Il concerne les régimes santé définis pour l'ensemble des entreprises d'architecture pour leurs salariés cadres et non cadres, pour leurs anciens salariés : les garanties santé du régime de base. Le compte de résultats comptable comprend au titre de l'exercice N, les éléments suivants :

Au crédit :

- les cotisations brutes encaissées dans l'exercice N diminuées des cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice précédent N-1 et augmentées des cotisations à recevoir au 31 décembre de l'exercice N, au titre des garanties santé ;
- les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice précédent :

Au débit :

- le montant des prestations payées au cours de l'exercice N ;

- les frais des organismes désignés correspondant à 10 % des cotisations hors taxes ;
- les prélèvements obligatoires sur les cotisations définis par la réglementation (CMU, TCA) ;
- les prélèvements destinés au fonctionnement de la CPNNC ;
- les frais de l'expert mandaté par la CPNNC ;
- les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice N ;
- le report de pertes non amorties de l'exercice N-1, augmenté des intérêts débiteurs.

Le solde ce compte est appelé "Solde Santé".

II - UTILISATION DU SOLDE SANTE ET FONCTIONNEMENT DE LA RESERVE GENERALE

Si le solde santé est débiteur, il est apuré par un prélèvement sur la réserve générale (ou provision pour participation aux excédents) dans la limite de son montant. Le reliquat éventuel non apuré constitue le report de perte non amortie intégré dans le solde santé de l'exercice suivant. Si le solde santé est créditeur, il est utilisé de la manière suivante :

- 90 % de son montant est affecté à l'alimentation de la réserve générale (ou provision pour participation aux excédents) ;
- 10 % de son montant reste acquis aux organismes désignés.

AM (MM) : le régime frais de santé est très bon, il a été piloté de façon équilibré. Compte-tenu des résultats de départ, avec le résultat sinistres à primes de 65 % et une montée en charge du régime, cela a permis d'avoir aujourd'hui une réserve qui atteint une demi-année de cotisations et de voir l'avenir sereinement.

Arra : au-delà des résultats concernant la réserve, il faut voir que tout s'est bien constitué eu égard à la prudence initiale et à la croissance des régimes. Grâce à ce qui a été fait par la commission paritaire dans le cadre des garanties, il devrait ne pas y avoir de problème pour la suite.

Point 3 : Présentation du projet d'accord "Egalité professionnelle hommes/femmes"

FG (SyndArch) : la sous-commission s'est réunie pour la dernière fois le 1^{er} juillet pour finaliser la rédaction du projet d'accord. Il ne reste plus qu'à le mettre en forme et qu'il soit présenté à la CPNNC du 19 septembre 2013 pour que la négociation puisse être engagée. L'objectif de la sous-commission était de mettre en place un canevas permettant d'aborder les problèmes en matière d'égalité professionnelle hommes/femmes. Elle a tenu compte des observations faites par la CPNNC et elle a travaillé dans ce sens.

PP : il n'y a eu aucun consensus au niveau de la sous-commission, mais seulement des points de vue rapportés par les représentants des deux collèges. Le document de travail sera fourni en pâture à la négociation de la prochaine CPNNC. Le travail de finalisation ne va pas demander énormément de temps, il devrait pouvoir être envoyé aux partenaires sociaux de façon à leur laisser tout le temps nécessaire pour en apprécier le contenu et préparer la négociation.

JFC (SyndArch) : depuis ce jour, un projet de loi est en cours de discussion à l'Assemblée Nationale sur l'égalité professionnelle, la question est de savoir si la branche s'inscrit ou pas dans ce projet. Dans le cadre de l'envoi, JFC propose de mettre en regard les deux projets. A titre d'exemple, les entreprises qui pratiquent de la discrimination salariale ne peuvent plus soumissionner les marchés publics, ce qui concerne certaines entreprises de la branche.

PP : propose de joindre l'avant-projet de loi au document de travail de la sous-commission.

Décision : La CPNNC acte que le document de travail réalisé par la sous-commission "Egalité professionnelle homme/femmes", et l'avant-projet de loi sur l'égalité professionnelle seront adressés aux partenaires sociaux afin qu'ils puissent en prendre connaissance avant la CPNNC du 19 septembre 2013.

Point 4 : Appel d'offres

Arra : le principe est de vérifier si les offres sont bien arrivées en temps et en heure, si elles sont recevables et comportent tous les documents qui ont été demandés (version papier et version électronique sous forme de clé ou de CD).

JFC (SyndArch) : une offre est arrivée lundi 1^{er} juillet par courrier recommandé AR, mais elle a été postée dans les délais. Quid de la date à retenir ? La date d'envoi ou la date de réception ? Juridiquement, c'est la date de dépôt qui prime.

Arra : il faut que la CPNNC acte qu'elle accepte de traiter le dossier en prenant en compte sa date d'envoi et non sa date de réception.

SC (CFDT) : pour éviter tout recours d'autres opérateurs, la CPNNC doit refuser le dossier.

Rappel des nouvelles conditions de remise de l'offre :

« La CPNNC, réunie le 20 juin 2013, a décidé de poursuivre l'appel d'offres engagé et de fixer la nouvelle date limite de dépôt des offres au vendredi 28 juin 2013. »

Rappel des modalités de réponse à l'appel d'offres d'origine :

« Les réponses devront être composées de deux exemplaires en version papier et d'un exemplaire en support numérique (CD ou clé USB). Les réponses devront être reçues, au plus tard le 19 juin 2013, par la CPNNC de la branche architecture (APGP - Secrétariat du paritarisme : 8, rue du Chalet 75010 Paris). »

L'appel d'offres a été remis en vigueur avec la nouvelle date limite de dépôt des offres au 28 juin 2013."

Arra : il est donc clair que les réponses devaient être reçues le 19 juin 2013. La branche a fait ensuite une suspension de l'appel d'offres, et elle a renvoyé la date du 19 juin à celle du 28 juin 2013 tout en laissant inchangées les modalités de l'appel d'offres.

JFC (SyndArch) : dans ces cas là, le dossier du Groupe Mornay doit être refusé.

Arra : propose quand même d'étudier le dossier du Groupe Mornay et les tarifs qu'il propose.

LT (CGT) : la CPNNC doit d'abord analyser les risques encourus ; si elle accepte le dossier du Groupe Mornay, elle aura le recours des autres opérateurs s'il est retenu. Par contre, si le dossier du Groupe Mornay n'est pas accepté, il risque peut-être de faire un recours, ce qui pourra poser plus de problèmes que dans le premier cas.

SC (CFDT) : les règles n'ont pas changé, seule la date limite de dépôt l'est. La solution c'est que la CPNNC n'acte rien et se contente de constater.

FG (SyndArch) : propose d'ouvrir les réponses, et de n'en refuser aucune, surtout pour une erreur d'interprétation.

PC (SyndArch) : les conditions du premier appel d'offres sont claires, les réponses devaient être reçues par l'APGP, mais le deuxième libellé, même s'il fait référence express à la formulation antérieure, il n'empêche qu'il est indiqué "date de dépôt" et le dépôt, c'est le cachet de la poste qui le prouve. Il y a une ambiguïté qui peut être soulevée, la CPNNC est souveraine, mais elle doit le mentionner. Pour éviter toute contestation ultérieure, la CPNNC doit décider d'ouvrir le pli et ne rien laisser dans le flou.

DM (FO) : néanmoins, la date qui fait foi c'est la date de dépôt à la poste.

Conclusion : Ouverture des plis

↳ Offre 1 - PRO-BTP : dossier complet, offre recevable.

↳ Offre 2 - ADEIS : dossier complet, offre recevable

↳ Offre 3 - AG2R LA MONDIALE/MACIF : dossier complet, offre recevable

↳ Offre 4 - MUTEX : dossier complet, offre recevable

↳ Offre 5 - MALAKOFF-MEDERIC : dossier complet, offre recevable

↳ Offre 6 - GROUPE MORNAY/KLESIA : dossier complet, offre recevable.

Arra : prépare pour la réunion du 18 juillet prochain une synthèse sur le positionnement, les conditions financières, les garanties etc. proposés par chaque opérateur. L'aspect questionnement sera traité ultérieurement.

JFC (SyndArch) : l'autre priorité pour la gestion des régimes de branche concerne la gestion des réserves générales, à savoir est-ce cette gestion sera séparée par les organismes assureurs, est-ce que les réserves seront parfaitement identifiées comment étant la propriété de la branche et est-ce que les organismes s'engagent à reverser les fonds, en cas de nouvelle désignation, ce qui est une garantie indispensable pour la branche. Par ailleurs, dans l'analyse des offres, il faudra bien vérifier que les opérateurs s'engagent à restituer à la branche des données statistiques et à se charger d'appeler la cotisation au paritarisme auprès des entreprises.

PP : précise que la CPNNC devra revenir sur les particularités des deux accords de branche. Parmi les articles de ces accords, Malakoff-Médéric et Humanis sont nommés comme opérateurs ; les accords présentent une faille énorme, c'est qu'au lieu d'avoir un accord qui décrive le régime et par ailleurs, une clause de désignation faisant l'objet de la convention, tout est dedans. Il y a donc urgence à revoir un certain nombre de dispositions dans les accords actuels.

Par ailleurs, il ne semble pas que la CPNNC ait acté une orientation précise quant au choix d'aller vers un organisme obligatoire désigné sans demander l'extension de l'accord, ou bien la recommandation d'un organisme avec éventuellement la désignation d'un réassureur obligatoire qui serait celui qui a été recommandé.

JFC (SyndArch) : ce sont deux hypothèses qui ont été envisagées ; l'hypothèse du réassureur étant un parachute supplémentaire, mais le terme qui avait été évoqué par Arra Conseil, c'était effectivement de ne plus désigner, mais de choisir dans le cadre du régime obligatoire.

PP : la portée de cette décision, "choisir", "désigner", "recommander" a du sens à partir du moment où l'accord comprend de nouvelles dispositions négociées par voie d'avenant, qui rendent complètement hypothétiques l'intérêt pour une entreprise d'aller voir ailleurs. Plus le laps de temps sera court, entre la désignation (sous la forme que la branche voudra) et sa mise en œuvre permettant aux entreprises de se retourner et de s'échapper du dispositif actuel, plus les déperditions seront réduites.

SC (CFDT) : la branche ne peut pas faire un avenant en septembre et choisir un opérateur dans la foulée.

JFC (SyndArch) : il avait été dit que la CPNNC recevait les opérateurs à la rentrée et prenait sa décision aussitôt.

TLB (UNSFA) : il n'est pas possible de recevoir les opérateurs, faire une analyse et un choix le même jour. Il a été dit que la CPNNC les recevrait après la prochaine réunion du 19 septembre.

Arra : la dernière CPNNC avait dit qu'elle arrêterait son choix sur trois opérateurs en septembre. Il faut donc arrêter une date pour les entretiens entre le 19 septembre et le 24 octobre 2013, date à laquelle la CPNNC fera son choix définitif. La sous-commission "appel d'offres" du 18 juillet prochain devra proposer un classement des organismes et la CPNNC du 19 septembre actera le choix des trois retenus.

JFC (SyndArch) : pour une bonne lecture des offres, propose que la sous-commission les analyse, liste les pour et contre de tous les dossiers et en fasse une restitution à la CPNNC de septembre. Au vu des arguments avancés par les uns et par les autres, la plénière en sélectionnera un certain nombre et les convoquera.

Décision : La CPNNC décide qu'un mail sera adressé aux six organismes assureurs pour les avertir qu'elle a bien reçu leurs offres, qu'elles sont recevables et qu'elles vont être étudiées. La CPNNC les informera qu'ils sont susceptibles de passer un entretien oral le mardi 1^{er} octobre 2013.

Point 5 : Questions diverses

↳ Honoraires d'Arra Conseil en matière de mission de suivi des régimes :

PP : la branche est arrivée au troisième exercice dans le cadre duquel, après appel d'offres, Arra Conseil a été retenu pour une mission de suivi des régimes, ce qui explique le travail effectué et les remarques formulées. Jusqu'à présent, tous les ans, la décision était prise que la branche assume le coût du travail effectué par Arra Conseil, mais tous les ans, la branche s'interroge sur le fait que ce coût reste à sa charge ou bien qu'il soit intégré dans les frais de gestion.

Arra : il s'agit des frais 2013 puisque pour les frais de 2011 et de 2012, Arra Conseil les a facturés à l'APGP et a été réglé par celle-ci. Sur 2013, dans le cadre de l'appel d'offres, les frais seront forcément pris en charge par les organismes assureurs qui seront retenus, ce qui est d'ailleurs écrit. Quels que soient les frais, s'ils sont réglés par les opérateurs dans le cadre du suivi, Arra Conseil envoie toujours une copie de la facture pour aval à la commission paritaire parce qu'il n'est pas question de passer une facture sans que la commission ne la valide.

Pour 2013, est-ce qu'Arra Conseil doit continuer, sur les honoraires de la mission de suivi, à adresser la facture à l'APGP, ou bien aux opérateurs, ou à l'APGP qui se fera ensuite rembourser par les opérateurs ?

JFC (SyndArch) : quels sont les accords qu'a la branche sur le sujet avec les opérateurs ?

Arra : dans le protocole technique et financier, il est marqué très clairement que les frais d'expertise et de suivi sont imputés aux régimes. Jusqu'à présent, l'APGP n'a jamais renvoyé la facture aux opérateurs.

JFC (SyndArch) : la branche ne l'a pas fait pour garder une certaine indépendance.

TLB (UNSFA) : cette question a déjà été évoquée en CPNNC, compte-tenu du protocole technique et financier et de l'état de la trésorerie de l'APGP que la branche ne voulait pas aggraver, l'Unsfa avait proposé de demander le remboursement des frais d'Arra Conseil aux opérateurs pour 2013.

PP : lors de l'adoption du protocole technique et financier, la commission a été vigilante à ce que cette possibilité apparaisse dans le protocole, dans la perspective que chaque année, la CPNNC puisse prendre une décision.

TLB (UNSFA) : à partir du moment où la commission a pris la décision que les frais de l'appel d'offres seraient pris en charge par les opérateurs, rien n'empêche que le suivi des régimes le soit également.

SC (CFDT) : sauf que lorsque la prise en charge relève des fonds du paritarisme, c'est l'employeur qui cotise alors que lorsque c'est payé par les opérateurs, indirectement ce sont les salariés qui cotisent.

Arra : au niveau des honoraires de suivi, la règle générale c'est que tout ce qui concerne le suivi des régimes est généralement pris en charge par les organismes assureurs dans le cadre des comptes de résultats et sont facturés aux régimes. En ce qui concerne les frais d'appel d'offres, c'est indépendant et ils sont directement réglés par les organismes assureurs. Dans le protocole technique et financier, il est bien indiqué que ce sont les "honoraires d'expert", ces honoraires peuvent donc concerner n'importe quel expert. Si, dans le cadre du suivi des régimes, la branche a besoin d'un autre type d'expert, elle pourra faire appel à tous ceux qu'elle veut.

PP : au niveau de la présentation des résultats, si la décision est prise dans ce sens, dans le protocole technique et financier, il y aura une ligne à rajouter à la rubrique "autre" intitulée "frais d'actuaire conseil".

Décision : La Commission de Gestion des Régimes Prévoyance et Santé acte que les honoraires de suivi d'Arra Conseil de 2013 seront facturés à l'APGP qui, ensuite, se fera rembourser par les opérateurs.

Ordre du jour de la CPNNC du 19 septembre 2013

- 1 - Approbation de l'ordre du jour
- 2 - Approbation des comptes-rendus des réunions du 20 juin et du 04 juillet 2013
- 3 - Activité de la Présidence
- 4 - Rapport de la sous-commission "Appel d'offres" : synthèse des offres
- 5 - Projet d'accord "Egalité professionnelle hommes/femmes"
- 6 - Réflexion sur l'utilisation des réserves des régimes prévoyance/santé
- 7 - Questions diverses