LA LETTRE DU CABINET GALEA & ASSOCIES
ACTUALITE DE LA PROTECTION SOCIALE

Février 2017

Nous sommes heureux de vous adresser un nouvel exemplaire de notre lettre d'actualité à destination des entreprises, sur l'actualité en matière de santé, prévoyance et retraite.

Nous espérons qu'elle vous apportera un éclairage technique et financier sur les sujets qui nous occupent au quotidien.

Les consultants du Cabinet sont à votre disposition (01 43 22 11 11) pour compléter tout élément abordé dans cette lettre.

SOMMAIRE

Sommaire.....1

L'actualité par thème.....2

SANTÉ / PRÉVOYANCE 2

Agenda 2017 : Les priorités en Santé et Prévoyance. 2

Santé : des restes à charge toujours conséquents.....2

Nouvelle convention médicale.....4

RETRAITE / ENGAGEMENTS SOCIAUX.....5

Agenda 2017 : Les priorités en matière de Retraite...5

Amendements à IFRS 2 : Classification et évaluation des transactions dont le paiement est fondé sur des actions.....6

Anticipations d'inflation à long terme au 31/12/2016.....7

Anticiper l'évolution de la couverture des engagements sociaux dans l'environnement de taux actuel 9

Brève : Evolutions réglementaires des régimes dits « Branche 26 ».....14

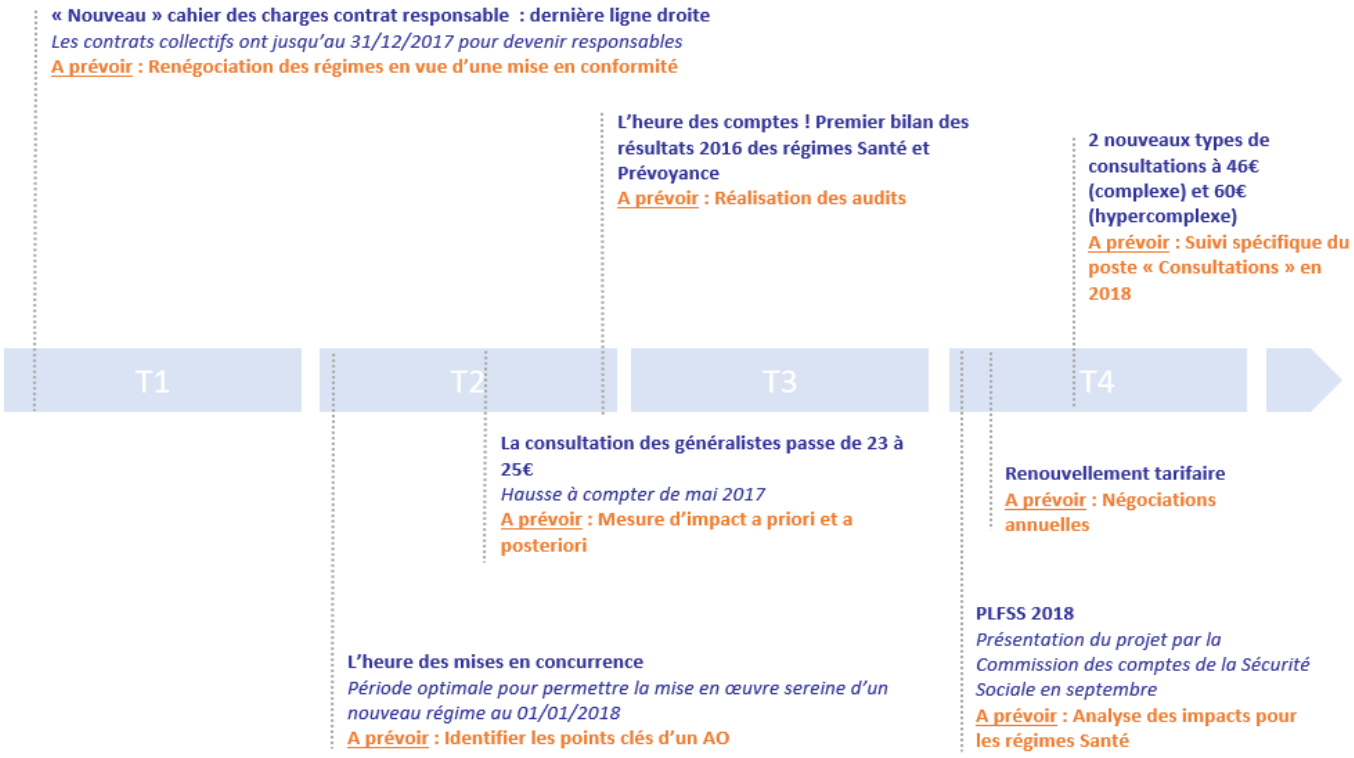
Brève : Création des Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire (FRPS)..... 14

L'ACTUALITE PAR THEME

SANTE / PREVOYANCE

Agenda 2017 : Les priorités en Santé et Prévoyance

Les évolutions réglementaires récentes et à venir, ainsi que le contexte économique marqué par des taux au plus bas, inciteront les entreprises à repenser les régimes de protection sociale (stratégie de gestion, pilotage, niveaux cibles de droits).



Santé : des restes à charge toujours conséquents

Dans un contexte économique difficile et de réformes successives concernant les prises en charge des frais de santé, la notion de « reste à charge » supporté par les assurés devient un des éléments moteurs des évolutions législatives en cours et à venir.

Des restes à charge toujours présents

Dernièrement, **les mises en place du panier de soins et du nouveau cahier des charges du contrat responsable modifient les planchers et plafonds de prises en charge des prestations de santé par les assureurs pour certains actes,** notamment lorsqu'ils sont réalisés par des praticiens non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Compte tenu du succès limité du Contrat d'Accès aux Soins (taux d'adhésion des praticiens faible), **ces modifications se traduisent par une hausse globale des restes à charge des assurés pouvant être significative**. C'est notamment le cas pour les actes de chirurgie.

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

Des restes à charge aux effets multiples

Dans son rapport[1], la Cour des Comptes estime à 8% la part des restes à charge supportés par les ménages sur le total de leurs dépenses de santé tous postes de dépense confondus. Ce taux s'élève à 25% pour les prestations dentaires.

Pour les patients, les restes à charge peuvent représenter un frein à l'accès aux soins. C'est en particulier le cas pour les patients atteints de maladies chroniques, nécessitant des dispositifs médicaux dont les prix ne sont pas plafonnés, ou non assurés.

Pour les assureurs, ces restes à charge ouvrent la voie au déploiement d'offres d'assurances sur-complémentaires. Ces offres peuvent s'inscrire dans deux tendances :

- **Proposer une couverture ciblée : mieux prendre en charge des postes de dépense particuliers identifiés comme générateurs de restes à charges**. Ce cas est fonction des garanties complémentaires sous-jacentes.
- **Proposer une couverture globale**. Ce cas se présente notamment lorsque les garanties complémentaires de base proposent de faibles niveaux de prises en charges sur les différents postes. Par exemple, ce cas peut s'observer lorsque l'employeur a souscrit un régime répliquant uniquement le panier de soins minimum.

Les restes à charge au cœur des débats

Pourtant, des dispositifs visant à limiter certains restes à charge existent : les réseaux de soins. Ces réseaux, qui résultent d'accords entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires, peuvent intervenir sur l'optique, le dentaire ou encore les prothèses. Ils encadrent la qualité des soins et les tarifs, et sont notamment accessibles via les garanties commercialisées par les assureurs.

Or, ces réseaux sont encore trop peu utilisés volontairement aujourd'hui. Dans son rapport, la Cour des Comptes appelle à poursuivre le développement de ces réseaux, notamment pour les actes bucco-dentaires, qui peuvent présenter des restes à charge significatifs.

D'autre part, des négociations conventionnelles sont actuellement en cours entre l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les personnels de santé.

Ainsi, de nouveaux dispositifs pourraient rapidement voir le jour. C'est notamment le cas pour le dentaire. En effet, dans un contexte de hausse des prix, la Cour des Comptes recommande :

- De plafonner par la voie législative les tarifs des actes prothétiques les plus fréquents,
- De publier sans délai le décret fixant, dans les contrats responsables, des plafonds de prise en charge par les organismes d'assurance complémentaire.

Les conclusions définitives des différentes négociations conventionnelles et la prochaine Loi de Financement de la Sécurité sociale seront à suivre de près.

Plus particulièrement, le niveau des restes à charge pourrait encore augmenter, notamment en dentaire, si les négociations conventionnelles en cours n'aboutissent pas à une limitation des tarifs pratiqués (ou à une amélioration de la prise en charge) et si les niveaux de prises en charge complémentaire sont plafonnés.

[1] Rapport publié le 20/09/2016
http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale4

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

Une nouvelle convention médicale a été signée le 25 août 2016 par l'assurance maladie et trois syndicats de médecins. Cette convention régit les relations entre l'assurance maladie et les praticiens exerçant en France.

Adieu CAS / Bonjour OPTAM et OPTAM CO

Parmi les mesures prévues dans cet accord, on citera en premier lieu la fin du « Contrat d'accès aux soins ou CAS ». Ce dispositif, encore largement méconnu des assurés malgré sa mise en place en 2013 (avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012), visait à réguler le niveau de dépassement tarifaire des médecins. Les praticiens signataires s'engageaient à limiter et stabiliser le niveau de leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'une réduction de charges sociales. Le nouveau cahier des charges des contrats responsables (décret de Novembre 2014) prévoit par ailleurs un plafonnement des prises en charges complémentaires pour les honoraires des médecins non adhérents au CAS afin d'inciter les patients à s'orienter vers un praticien adhérent et ainsi augmenter l'attractivité du dispositif.

Malgré cela, le succès du CAS reste très limité, notamment parmi les praticiens des plateaux techniques lourds (chirurgiens, anesthésistes). Dans le cadre de la nouvelle convention, ce dispositif est remplacé, au 01/01/2017, par deux nouvelles options:

- L'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) applicable à l'ensemble des médecins,
- L'option pratique tarifaire maîtrisée de chirurgie et d'obstétrique (Optam-CO) pour les chirurgiens et obstétriciens.

En pratique, peu de différence avec le CAS. De manière très schématique :

- Les conditions d'accès sont globalement les mêmes que pour le CAS,
- Les taux de dépassement moyen et d'actes à tarifs opposables que les praticiens s'engagent à maintenir sont calculés sur 3 ans au lieu de 2 (donc y compris les hausses tarifaires 2015-2016 le cas échéant…),
- Comme pour le CAS, l'option a une durée d'un an avec tacite reconduction et le médecin a la possibilité de quitter l'option à tout moment par lettre recommandée,
- Le mode de rémunération des praticiens change : plus d'exonération de charges mais une rémunération financière calculée sur les honoraires réalisés à tarif opposable (c'est-à-dire sans dépassement) pour l'OPTAM et une revalorisation des actes pour l'OPTAM-CO.

En conséquence, l'impact pour les complémentaires santé ne sera vraisemblablement pas un impact tarifaire mais une nouvelle source de difficulté pour les assurés qui tentent de comprendre leurs grilles de garanties… Les signataires de la convention ont prévu d'éviter une réécriture de l'ensemble des grilles de garanties qui avaient intégré une différenciation « CAS / Non CAS » : "Les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au contrat d'accès aux soins visent désormais l'Optam et l'Optam-CO" mais comment expliquer à un assuré, qui ne connait parfois même pas la signification du « CAS », qu'à partir de 2017 CAS = OPTAM ?

De nouvelles revalorisations

La nouvelle convention prévoit par ailleurs des revalorisations des bases de remboursement de certains actes. La modification la plus médiatisée est le passage, dès le 01/05/2017, de 23€ à 25€ pour la consultation du généraliste (pour les praticiens ne facturant pas de dépassements d'honoraires ou adhérant à l'Optam). Mais d'autres revalorisations

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

sont également prévues en 2017 pour les spécialistes ou pour certains actes « complexes ».

Le surcoût de ces mesures pour les complémentaires santé est estimé à 0,5% en moyenne.

Par ailleurs, la convention contient d'autres dispositions financières :

- Des rémunérations forfaitaires type « Forfait patientèle » (destiné au suivi de l'ensemble des patients du médecin traitant - 1er semestre 2018) ;
- Des aides à l'installation dans les déserts médicaux…

Et la convention prévoit que les organismes assureurs participeront au financement de ces mesures.

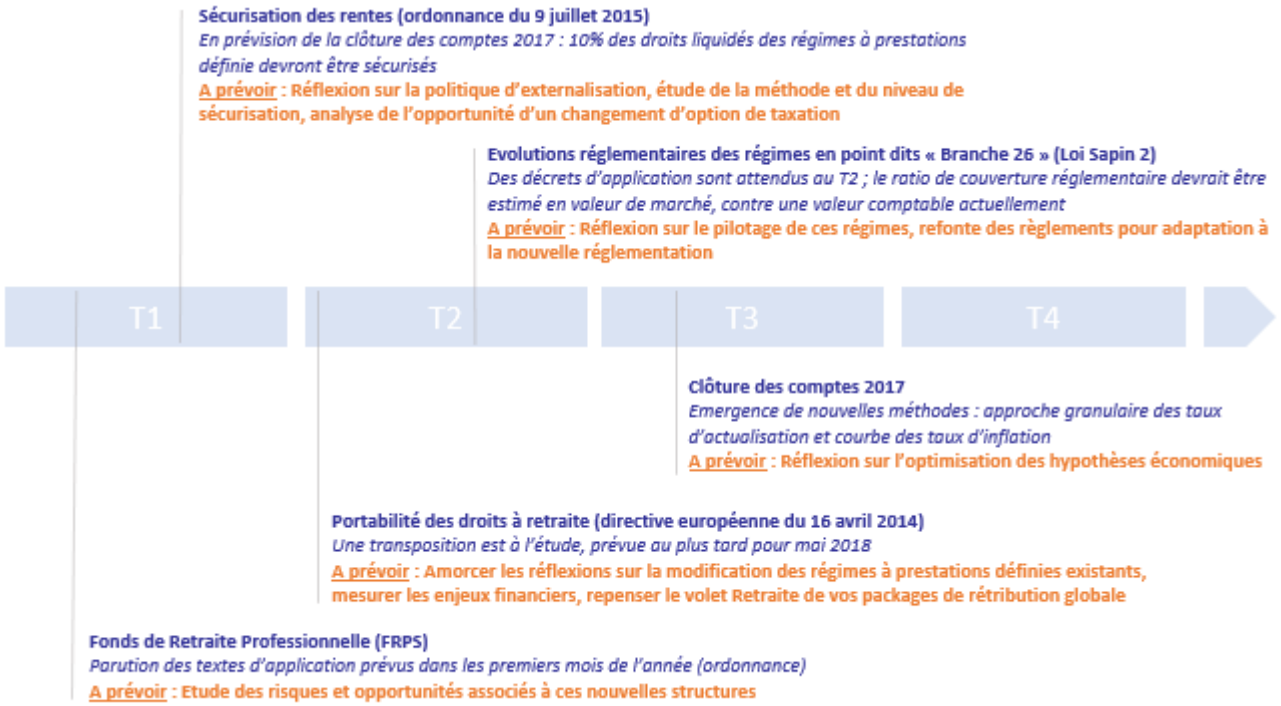
Au global, le surcoût pour les contrats complémentaires Santé pourrait atteindre 1,3% à 1,5%.

Toutefois, le texte de cette convention a été rejeté à l'unanimité par l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) lors de son conseil d'administration du 16 septembre. L'organisme conditionne la signature du texte à l'obtention de précisions sur les conditions de financement de certaines mesures. Peut-on alors espérer une limitation des surcoûts ? Un sujet à suivre dans les prochains mois…

RETRAITE / ENGAGEMENTS SOCIAUX

Agenda 2017 : Les priorités en matière de Retraite

Les évolutions réglementaires récentes et à venir, ainsi que le contexte économique marqué par des taux au plus bas, inciteront les entreprises à repenser les régimes de protection sociale (stratégie de gestion, pilotage, niveaux cibles de droits).



© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

Amendements à IFRS 2

Classification et évaluation des transactions dont le paiement est fondé sur des actions

La norme IFRS 2, traitant de l'évaluation et de la comptabilisation des paiements fondés sur des actions (stock options, actions gratuites…), a été amendée en juin 2016 concernant 3 aspects, sur lesquels une clarification de la norme actuelle était nécessaire.

L'IASB (International Accounting Standards Board) a publié le 21 juin 2016 des amendements à IFRS 2 couvrant les sujets suivants :

- Le traitement des conditions d'acquisition dans le cas de plan liquidé en trésorerie (« cash-settled »),
- La classification des plans soumis à une retenue fiscale,
- Le traitement d'une modification d'un plan liquidé en trésorerie (« cash-settled ») en un plan liquidé en actions (« equity-settled »).

Traitement des conditions d'acquisition dans le cas de plan « cash-settled »

La norme IFRS 2 ne précisait pas le traitement des conditions d'acquisition dans le cas d'un plan « cash-settled ». L'amendement précise qu'il convient d'intégrer ces conditions de la même manière que pour un plan « equity-settled », à savoir :

- Les conditions de marché et les conditions accessoires à l'acquisition doivent être intégrées à la juste valeur de l'instrument octroyé,
- Les autres conditions (présence et performance hors marché) doivent être prises en compte en ajustant le nombre d'instrument inclus dans l'évaluation de la dette (et non intégrées à la juste valeur de l'instrument octroyé).

La dette doit être réévaluée à chaque clôture, et par conséquent, la charge cumulée sur la vie du plan sera ainsi égale au montant de trésorerie versé.

Classification des plans soumis à une retenue fiscale

Certains plans peuvent être soumis à une retenue fiscale, consistant pour l'employeur à prélever un certain nombre d'instruments octroyés correspondant au montant qui sera reversé en cash à l'administration fiscale.

Dans un tel cas, l'amendement précise que l'ensemble du plan est classé en « equity-settled » s'il avait été classé ainsi en l'absence de retenue fiscale.

Il est à noter qu'il est plutôt rare de trouver ce type de plan en France.

Traitement d'une modification d'un plan « cash-settled » en un plan « equity-settled »

Le cas d'une modification d'un plan « cash-settled » en un plan « equity-settled » n'était pas spécifiquement traité par la norme IFRS 2.

Dans un tel cas, l'amendement précise que :

- Le plan est comptabilisé comme un « equity-settled » à partir de la date de modification sur la base de la juste valeur en date de modification,
- La dette comptabilisée en date de modification est décomptabilisée (via les capitaux propres),
- Toute différence en date de modification, entre la dette décomptabilisée et le montant cumulé de capitaux propres sur la base de la juste valeur en date de modification, est comptabilisée immédiatement en résultat.

Il est à noter que ce traitement s'applique également à un plan « cash-settled » qui serait annulé et remplacé par un plan « equity-settled ».

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

Calendrier

Ces amendements sont applicables pour les exercices ouverts à compter du 1e janvier 2018, une application anticipée étant permise.

Il est à noter que des dispositions transitoires sont prévues, pour les plans octroyés avant que ces amendements soient applicables.

Lexique :

Cash-settled: Transaction dont le paiement est fondé sur des actions par laquelle l'entité acquiert des biens ou des services en encourant un passif représentant l'obligation de transférer de la trésorerie ou d'autres actifs au fournisseur de ces biens ou services, à hauteur de montants basés sur le prix (ou la valeur) des actions de l'entité ou de tout autre instrument de capitaux propres de l'entité. *Equity-settled :* Transaction dont le paiement est fondé sur des actions par laquelle l'entité reçoit des biens ou des services en contrepartie d'instruments de capitaux propres de l'entité (y compris des actions ou des options sur action).

Conditions d'acquisition : Les conditions d'acquisition des droits incluent des conditions de service, qui imposent que l'autre partie achève une période de service spécifiée, et des conditions de performance, qui imposent d'atteindre des objectifs de performance spécifiés (comme par exemple une augmentation spécifiée du bénéfice d'une entité au cours d'une période donnée).

Anticipations d'inflation à long terme au 31/12/2016

L'évaluation des engagements sociaux sous la norme IAS 19 révisée nécessite la détermination de plusieurs hypothèses économiques et financières clés, parmi lesquelles le taux d'inflation anticipé à long terme.

Sur la base d'un faisceau d'indicateurs, croisant données historiques, données de marché et avis d'experts économiques, le suivi réalisé par les consultants de GALEA au 31/12/2016 fait ressortir une fourchette d'inflation anticipée à long terme comprise entre 1,60% et 1,80% pour la France, les cotations du point mort d'inflation à fin décembre 2016 se situant plutôt dans une fourchette basse.

1. Historique de l'inflation en France

L'étude des données historiques de l'inflation en France montre que depuis fin 2002, le taux moyen d'inflation sur 15 ans se situe en dessous de 2%, niveau qui correspond à l'objectif d'inflation à long terme défini dans le mandat de la Banque Centrale Européenne (BCE). Depuis 2010, le taux d'inflation moyen sur 15 ans s'est stabilisé entre **1,55%** et **1,60%,** le taux moyen à fin 2016 se situant toutefois en dessous en raison de l'inflation annuelle quasi-nulle observée sur ces deux dernières années.

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

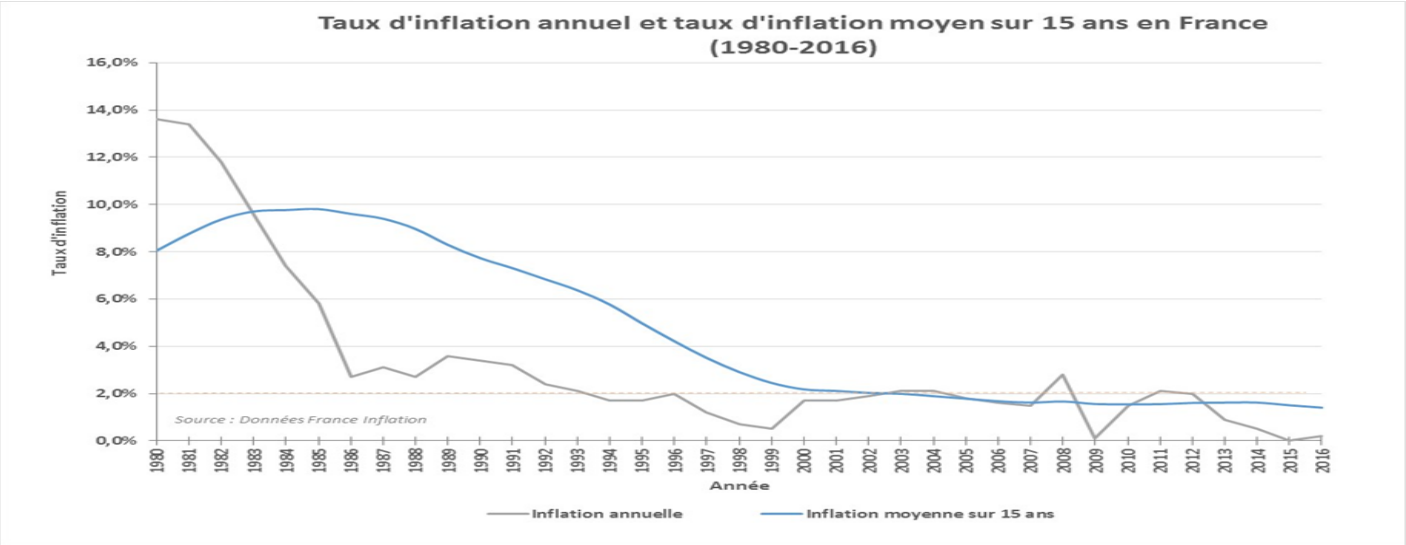


Figure 1 – Historique de l'inflation annuelle et de l'inflation moyenne sur 15 ans en France, de 1980 à 2016

2. Point mort d'inflation de la France

Le niveau de l'inflation anticipée retenue dans les évaluations actuarielles peut être choisi à partir d'une analyse des obligations d'Etat indexées sur l'inflation. Une référence communément utilisée est le « point-mort d'inflation » qui correspond à la différence, pour un émetteur et une maturité donnés, entre le taux de rendement d'une obligation nominale classique (OAT pour la France, ou Obligations Assimilables au Trésor) et le taux de rendement réel d'une obligation indexée à l'inflation (OAT*i* pour la France). Modulo les composantes de la prime de risque propres à chacun de ces types d'obligations (exemple : prime de liquidité incluse dans le taux des OAT*i* en raison de la moindre profondeur de ces marchés comparativement aux marchés des OAT classiques), le « point-mort d'inflation » donne une approximation du niveau de l'inflation anticipée par les marchés financiers.

Le graphique ci-dessous montre qu'à fin décembre 2016, les marchés financiers anticipent une inflation annuelle moyenne voisine de **1,50 %** à horizon 13 ans et de **1,20 %** à horizon 7 ans, en progression par rapport aux anticipations vues à fin septembre 2016.

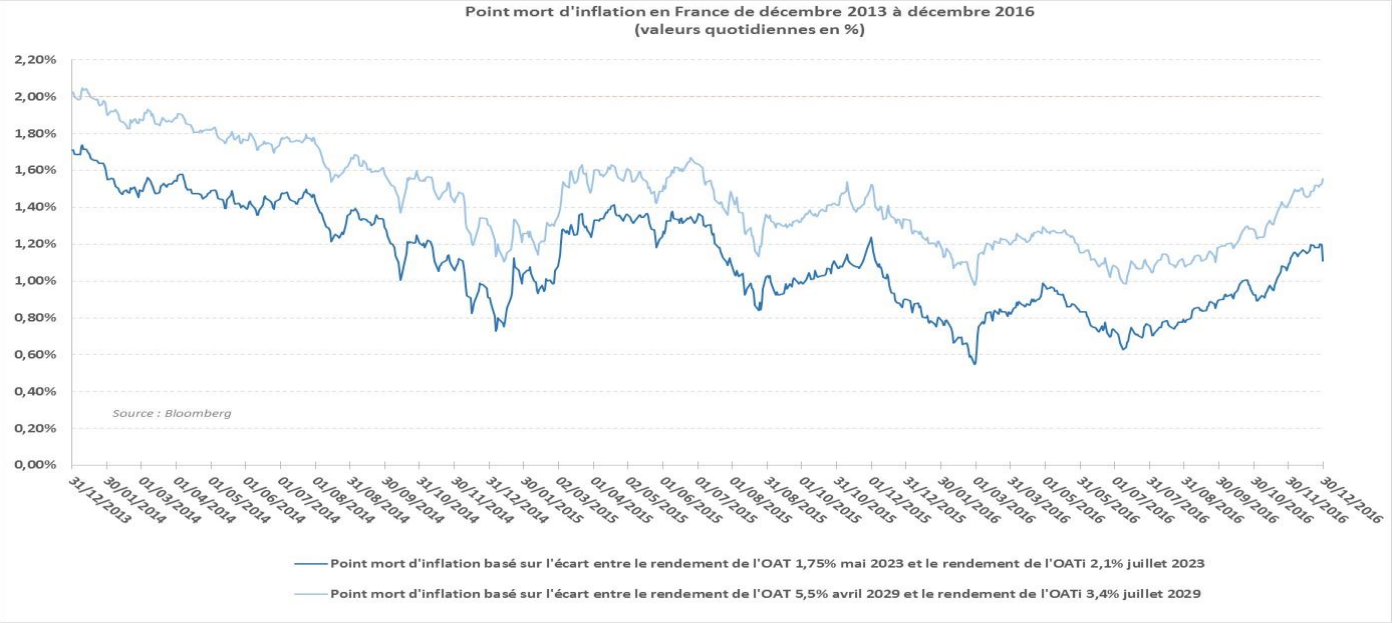


Figure 2 – Point mort d'inflation en France

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

3. Enquêtes et avis d'experts

En complément, il est possible de s'appuyer sur les avis d'experts au travers d'enquêtes et de publications tablant sur les perspectives macroéconomiques de la France et de la zone euro.

A ce titre, la dernière enquête de la Banque Centrale Européenne auprès de prévisionnistes professionnels (appelée « EPP ») parue en octobre 2016[1] fait état d'une légère révision à la baisse des perspectives d'inflation à moyen terme en zone euro mais de **prévisions stables pour le long terme à 1,80%**.

Plus précisément, les résultats de prévisions de l'EPP menée pour le quatrième trimestre 2016 sont les suivants :

- Inflation pour 2016 : 0,2% ;
- Inflation pour 2017 : 1,2% ;
- Inflation pour 2018 : 1,4% ;
- Inflation pour le long terme (pour 2021) : 1,80%.

Les résultats de cette enquête sont corroborés par les prévisions macroéconomiques pour la France formulées dans le cadre du programme de stabilité PSTAB. Dans le dernier rapport publié le 15 avril 2016 par le Trésor pour la période 2016-2019[2], l'inflation à long terme en France à horizon 2019 est estimée à 1,75%.

[1] https://www.banque-france.fr/communique-de-presse/resultats-de-lenquete-menee-par-la-bce-aupres-des-previsionnistes

[2] http://proxy-pubminefi.diffusion.finances.gouv.fr/pub/document/18/20780.pdf

Anticiper l'évolution de la couverture des engagements sociaux dans l'environnement de taux actuel

La **provision comptable** relative aux engagements sociaux est estimée annuellement par les Groupes. Cette provision atteint des **montants significatifs**[3]et fait l'objet de pilotage de plus en plus précis, afin de réduire sa **volatilité.**

Les écarts actuariels, source de variation de la provision, ont en effet explosé ces dernières années suite à la baisse des taux d'intérêts et des cotisations supplémentaires ont dû être versées aux organismes d'assurances pour maintenir un « ratio de couverture » des engagements en phase avec les objectifs des Groupes.

Selon la norme IAS 19, **le taux d'actualisation** retenu pour la valorisation des engagements sociaux doit être choisi « par référence à un taux de rendement […] du marché des obligations de sociétés de haute qualité sur un horizon de maturité cohérent avec la maturité des régimes ».

Ainsi, l'évolution au cours du temps du taux d'actualisation des flux de passif est en lien direct avec l'évolution des marchés financiers. La baisse des taux observée depuis plusieurs années sur les marchés financiers a eu comme impact la baisse progressive des taux d'actualisation et donc, de manière mécanique, la hausse de la valorisation de la dette relative aux engagements sociaux (*Defined Benefit Obligation* (DBO)).

En fonction du **niveau de couverture financière**[4] de ces engagements et de leur sensibilité à la variation des taux d'intérêt, la provision est plus ou moins volatile ainsi que l'impact sur les fonds propres des assureurs.

Dans l'exemple simplifié présenté ci-dessous, la baisse du taux d'actualisation de 3% à 1% conduit, en

[1] Cf. *Baromètre 2016 GALEA : Les engagements retraite des groupes du CAC40*. La provision des avantages au personnel s'établit à 83 milliards d'euros fin 2015 pour les entreprises du CAC 40, ce qui représente 9% des capitaux propres. La dette globale s'établit à 205 milliards d'euros, le taux de financement des régimes s'établit à 60% en moyenne.

[2] Le taux de couverture financière ou taux de financement est le rapport entre le montant du fonds de couverture externalisé auprès d'un assureur et le montant de l'engagement brut actuariel (ou DBO).

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

considérant une duration des engagements de 15 ans, à une augmentation de la *DBO* de 30M€ (soit 30% de la dette initiale).

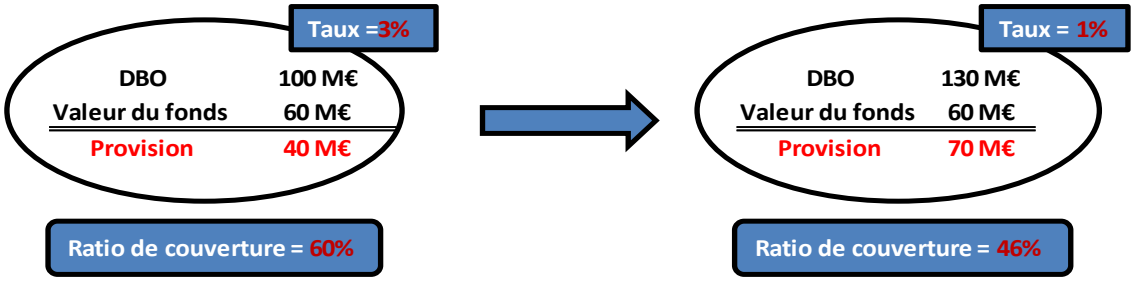


Figure 1 – Impact de la baisse du taux d'actualisation à travers un exemple simplifié

En supposant la valeur du fonds insensible à cette variation[5], cela conduit alors à une diminution du ratio de couverture de 14 points.

Les entreprises s'interrogent chaque année sur leur **stratégie de couverture financière des engagements sociaux**. Des réflexions à double niveau sont habituellement menées sur :

- l'intérêt global de l'opération d'externalisation des engagements de retraite,
- le montant des primes à verser pour optimiser l'opération d'externalisation.

Le montant des primes à verser est souvent déterminé afin de maintenir un certain niveau de couverture de l'engagement brut *(DBO), entre 50% ET 70%*. La volatilité des taux d'intérêt et leur impact sur le ratio de couverture doivent aussi entrer en ligne de compte.

Pour émettre un avis sur le niveau de couverture optimal, des **études stochastiques** ont été menées afin d'anticiper le niveau des taux obligataires dans le futur et de mesurer l'impact de ce taux sur les ratios de couverture, en fonction de la sensibilité du fonds de couverture.

Un indice de référence de taux de rendement d'obligations émises par des entreprises privées, de bonne qualité. A partir de l'historique de cet indice, la première étape consiste à calibrer et construire un modèle de régression permettant de simuler le niveau de cet indice dans le futur dans de nombreux scénarios, prenant ainsi en compte l'incertitude liée à la fluctuation des marchés financiers au quotidien.

[3] Les fonds de couverture les plus fréquemment choisis auprès des assureurs français sont des fonds « en euros », ils sont sécurisés car l'assureur garantit un rendement minimum. Ces fonds sont composés principalement d'obligations, leur valorisation est établie en valeur nette comptable, ce qui les rend peu sensible à la variation des taux obligataire d'une année sur l'autre.

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

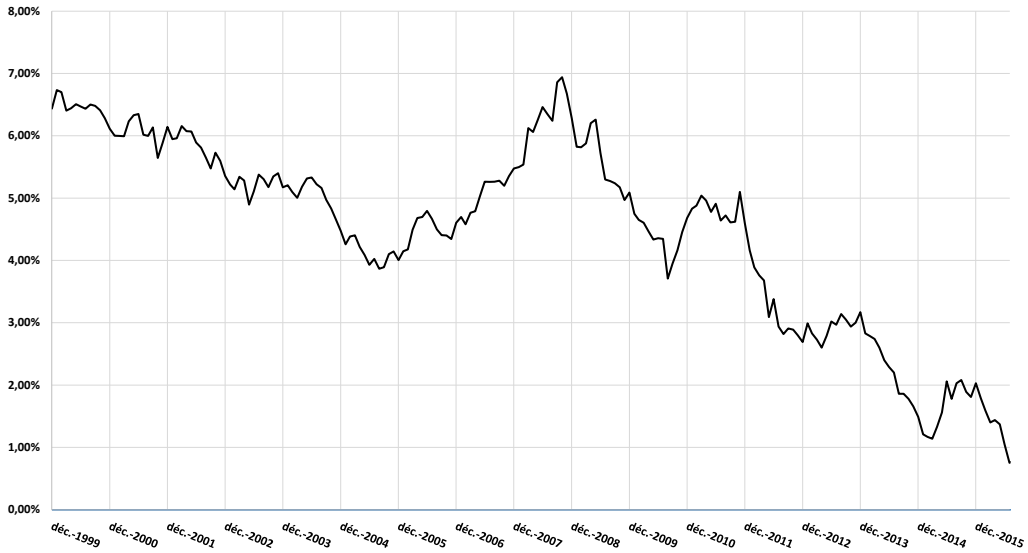


Figure 2 - Historique de taux à long terme

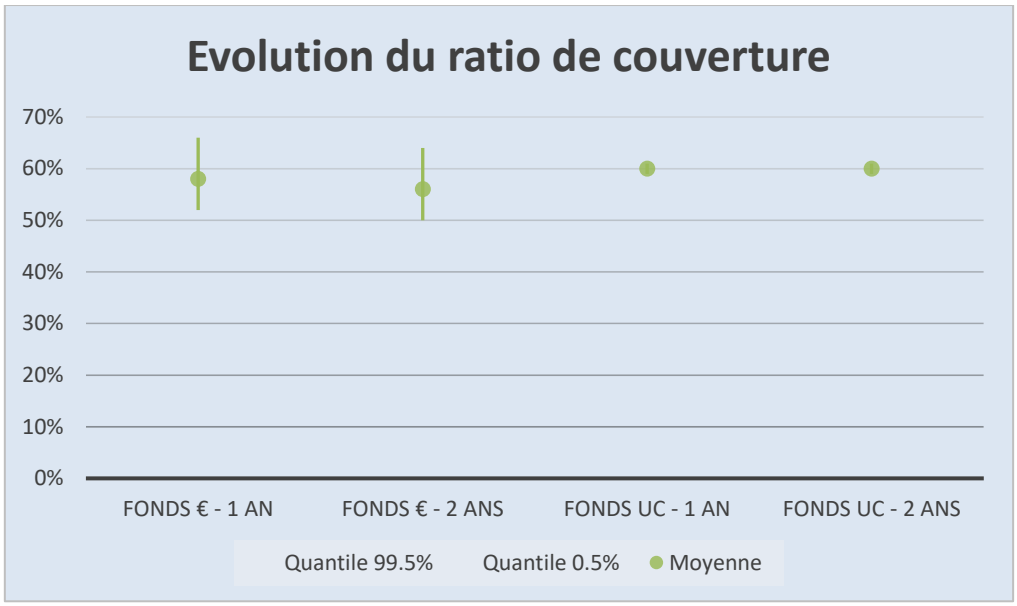
Le modèle retenu est un modèle de régression linéaire avec prise en compte d'un aléa indexé sur la volatilité de l'indice calibrée à partir de l'historique. Il permet de prendre en considération la baisse continue des taux observée ces dernières années tout en captant la fluctuation quotidienne des marchés.

Notre étude est réalisée pour un régime ayant des engagements futurs sur une durée moyenne de 15 ans et un ratio de couverture initial de 60%.
Deux scénarios ont été étudiés pour l'externalisation réalisée auprès d'un assureur :

- **Scénario 1** : Fond « 100% € » supposé insensible à la variation des taux d'intérêt pour l'entreprise,
- **Scénario 2** : Fond « UC Obligataire », investi en unités de compte obligataires de sensibilité 13 ans, légèrement inférieure à celle du passif ;

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

Les résultats obtenus sont présentés ci-dessous.



C'est dans le scénario 1 de la couverture par un fonds en euros que **la volatilité du taux de couverture est la plus forte**. Lorsque les taux varient, le niveau de *DBO* est directement impacté alors que le niveau du fonds de couverture reste stable. Ainsi, d'après les projections stochastiques de taux d'actualisation, **au bout d'1 an, le ratio de couverture peut osciller entre de 52% et 66%.** A 2 ans, l'incertitude reste stable (variation possible de 14% du ratio), avec un ratio moyen en baisse à 56% au lieu de 58%.

En revanche, lorsque le fonds de couverture varie avec les taux dans le même sens que l'engagement, grâce **à un investissement en unités de compte sur des supports obligataires, le ratio de couverture est assez stable**, il oscille entre 59% et 61%.

Cette étude met en lumière la forte volatilité du ratio de couverture en fonction du niveau des taux obligataires et de la sensibilité du fonds de couverture en fonction de sa composition. Si la composition du fonds peut limiter la volatilité de la provision, la stratégie financière doit aussi reposer sur les **espérances de rendement** souhaitées.

A la liste des questions liées au pilotage des actifs de couverture d'un régime, le contexte de taux bas et volatile conduit à ajouter les interrogations suivantes :

- **Quel est le niveau optimal de ratio de couverture, à quel taux d'actualisation ?**
- **Faut-il continuer de piloter avec un ratio de couverture cible ?**
- **Faut-il sortir des fonds euros classiques pour les unités de compte, afin d'aligner les sensibilités du passif et de l'actif ? Quelles sont les opportunités en termes de rendement financier ?**

Les principaux avantages et inconvénients à l'externalisation sont rappelés ci-dessous :

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

Avantages à l'externalisation des engagements sociaux	*Inconvénients à l'externalisation des engagements sociaux*
Provisions constituées par l'entreprise non déductibles du résultat imposable. **Prime versée à l'assureur déductible** du résultat imposable l'année du versement, à hauteur du montant externalisé et dans la limite du montant des engagements. **Intérêts sur les fonds gérés par l'assureur non soumis** à l'impôt sur les sociétés (contrairement aux intérêts financiers réalisés sur les provisions constituées par l'entreprise). Pour les entreprises faisant appel public à l'épargne, comptabilisation favorable des rendements attendus sur les actifs externalisés au titre de la **norme comptable IAS 19**, ce qui peut diminuer la charge de retraite pour l'entreprise. **La gestion financière** mise en place par l'organisme d'assurance est a priori plus adaptée aux engagements sociaux (gestion à plus long terme) et doit permettre de dégager des suppléments de revenus financiers. Le **risque viager** peut être transféré à l'assureur, lorsque le contrat d'assurance le prévoit et le coût est raisonnable, neutralisant ainsi pour l'entreprise les effets financiers de l'allongement non anticipé de l'espérance de vie. La **volatilité de la provision** peut être réduite en fonction de la composition du fonds et de sa sensibilité. **Les droits des salariés sont sécurisés** en cas de transfert à un organisme assureur, du fait de la réglementation prudentielle spécifique à ces organismes et d'accords spécifiques passés entre l'entreprise et son assureur. **Les textes français législatifs** les plus récents et les pratiques européennes incitent, voire rendent obligatoires, l'externalisation des passifs sociaux.	**Besoin de trésorerie** pour effectuer le versement de la prime. **Prestations imposées** au moment du versement en cas d'externalisation. Avantage par rapport à l'option sur le financement interne ? (taux de 12% / 24%) Les **diverses contributions** (de type « Fillon ») **sur les cotisations versées** aux organismes d'assurances ou sur les rentes versées peuvent rendre moins intéressantes financièrement les opérations d'externalisation. **Le transfert « intégral »** de la dette n'est pas toujours possible ce qui rend nécessaire un suivi périodique des engagements. **Les coûts de gestion** (technique et financière) des organismes assureurs et des intermédiaires peuvent être élevés dans certains cas. **Le transfert des actifs** constitués chez un organisme d'assurance vers un autre peut s'avérer difficile (et coûteux) si le contrat d'assurance ne prévoit pas des dispositions spécifiques. **Situation de surplus** possible en cas de remontée des taux. Si le fonds est investi en Unités de Comptes (UC), le **risque financier** pèse sur le souscripteur.

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

Brève : Evolutions réglementaires des régimes dits « Branche 26 »

Le dernier alinéa de l'article 33 de la loi Sapin 2 acte un changement réglementaire des régimes de retraite supplémentaire gérés en points.

Après un passage à l'Assemblée Nationale puis au Sénat cet été, la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi Sapin 2 s'est réunie le 14 septembre 2016. Elle n'est pas parvenue à l'adoption d'un texte commun.

Le 8 novembre 2016, l'Assemblée Nationale a adopté définitivement en nouvelle lecture le projet de loi.

Ainsi, une ordonnance ainsi que des décrets seront publiés afin de faire évoluer la réglementation relative aux régimes de la Branche 26.

Parmi les principales évolutions attendues, figurent notamment la baisse possible de la valeur du point pour les nouveaux régimes relevant du code des assurances (disposition déjà existante pour les codes de la mutualité et de sécurité sociale). De plus, le ratio de couverture serait calculé en valeur « de marché » (contre une valeur « comptable » actuellement). Ce ratio représente le niveau de couverture des engagements par les actifs du régime et a pour objectif de rester supérieur à 100%.

Brève : Création des Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire (FRPS)

L'article 114 de la loi Sapin 2 « habilite le gouvernement à créer, au niveau national, une nouvelle forme d'organisme exerçant une activité de retraite professionnelle supplémentaire et pouvant bénéficier d'un régime prudentiel ad hoc ».

En pratique, ces Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire (FRPS) sont des véhicules (personnes morales de droit privé) ayant pour objet la couverture des engagements de retraite professionnelle supplémentaire.

Les règles prudentielles applicables correspondraient aux exigences quantitatives de « Solvabilité 1 » et à des règles qualitatives proches de « Solvabilité 2 ».

Dans l'attente de la parution des textes d'application (prévus courant 2017), de nombreuses questions se posent et nécessiteront une attention particulière des souscripteurs (impacts sur les frais, les garanties techniques et financières, la gestion financière…).

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.

A propos de GALEA & Associés

GALEA & Associés, cabinet d'Actuaires Conseil, accompagne les entreprises et les organismes d'assurances dans leur gestion des risques et le suivi des régimes de protection sociale (prévoyance, frais de santé, retraite et épargne salariale).

Les services proposés répondent aussi bien à des problématiques stratégiques (réformes de régimes, fusions/acquisitions, création de nouvelles activités, etc.) qu'à des besoins opérationnels (assistance technique sur les tarifs, les provisions, assistance pour répondre aux besoins réglementaires, etc.).

Les consultants du cabinet interviennent dans ces domaines depuis plus de 20 ans et accompagnent tous types d'organismes d'assurance. Ils ont développé une expertise particulière dans le projet Solvabilité 2, en recherchant à allier solutions pragmatiques et recherche et développement.

www.galea-associes.eu

01 43 22 11 11

Les articles et opinions contenus dans cette lettre d'actualité sont fournis à titre d'information générale. Nous recommandons qu'aucune décision ne soit prise sur la base de ce seul document, sans échanges préalables avec les équipes de GALEA & Associés.

Par ailleurs, nous vous prions de nous excuser par avance pour toute erreur qui pourrait s'être glissée dans le document et vous invitons à nous le signaler.

© 2016 GALEA & Associés - Document strictement confidentiel. Toute diffusion ou reproduction partielle ou totale est interdite.