

SANTE

ENCOURAGER LA COUVERTURE PREVOYANCE DES INDEPENDANTS

 Dossier technique

Dossier technique

Santé / Encourager la couverture prévoyance des Indépendants

SOMMAIRE

Partie 1 / Pourquoi la situation pose-t-elle problème ?	03
Partie 2 / Ce que propose l'IPS :	
Définir le cahier des charges des « contrats solidaires et responsables de prévoyance complémentaire » et adapter le cadre fiscal et social afin de développer la couverture des risques lourds	07
2.1 Solutions préconisées	07
2.3 Etude d'impact des préconisations	15
2.4 Le projet de textes	16

Dossier technique

Santé / Encourager la couverture prévoyance des Indépendants

PARTIE 1

POURQUOI LA SITUATION POSE-T-ELLE PROBLEME ?

Peu d'études officielles sont disponibles sur le taux de couverture face aux risques lourds des différentes populations (commerçants, artisans, professions libérales, dirigeants indépendants, salariés de petites entreprises, inactifs, ...).

Ce désintérêt n'est pas dû à une absence de problème mais à une méconnaissance des risques de prévoyance et de leurs conséquences dramatiques.

1.1. LA FOCALISATION SUR LES COUVERTURES SANTE A OCCULTE LES CARENCES DES COUVERTURES PREVOYANCE

Contrairement aux frais de santé, pour lesquels tous les Français bénéficient de prestations identiques par le régime maladie obligatoire, certaines catégories de personnes ont de très faibles garanties en prévoyance par leur régime de base, voire une absence de garanties face à certains risques (décès, incapacité, invalidité, dépendance).

Mais, le taux d'équipement en prévoyance complémentaire reste bien plus faible que celui de la complémentaire santé qui atteignait 95 % de la population avant même sa généralisation.

La priorité a pourtant été donnée par les partenaires sociaux et les pouvoirs publics à la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, avec l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013, repris par l'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Ces textes n'envisageant de traiter la prévoyance lourde que dans un deuxième temps, non advenu à ce jour.

La très large couverture en complémentaire santé des assurés, existant dès avant la généralisation, a deux principales explications :

- La santé est un risque de fréquence : tout assuré social, à tout âge, a engagé des frais de santé et a été confronté au problème du reste à charge ; l'intérêt d'une couverture complémentaire santé est donc appréhendé par tout un chacun ;
- La réforme de 2002 (loi de finances rectificative pour 2001) sur les contrats santé solidaires a permis la suppression de la sélection médicale de la quasi-totalité des contrats santé du marché.

En prévoyance lourde, deux explications majeures expliquent la faiblesse de la couverture :

- Les risques lourds sont de survenance peu fréquente, aussi les Français méconnaissent la carence de leur couverture de base et ne mesurent pas l'ampleur des conséquences ;
- La souscription des contrats de prévoyance est freinée par une sélection médicale à l'entrée.

1.1.1 Méconnaissance de la faiblesse des régimes de base

Pour les indépendants : commerçants, artisans, dirigeants de petites entreprises, professions libérales, les couvertures prévues par les régimes de base obligatoire sont disparates.

Si la plupart d'entre eux savent qu'ils ne pourront pas bénéficier d'allocations chômage en cas de cessation d'activité, ils sont encore trop nombreux à ignorer qu'en cas d'arrêt de travail suite à accident ou maladie, ils peuvent se retrouver dans des situations dramatiques, privés de tout revenu et de toute indemnisation.

Par exemple, les professionnels libéraux affiliés à la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse (600 000 cotisants) ne perçoivent aucune indemnité journalière en cas d'arrêt de travail.

De nombreuses caisses de professions libérales n'apportent aucune indemnisation en cas d'invalidité partielle et n'interviennent qu'en cas d'invalidité totale et souvent pour de faibles montants.

- Si elle existe, l'indemnisation de l'indépendant en cas d'arrêt de travail temporaire ou d'invalidité peut être très insuffisante.
- La couverture décès pour la famille de l'indépendant est également souvent très limitée (exemple : le capital décès est de 20 % du plafond annuel Sécurité sociale, majoré de 5 % par enfant à charge pour un artisan ou commerçant, soit un capital de 11 768 euros s'il laisse deux enfants à charge).
- Les Indépendants ne bénéficient pas de garanties spécifiques en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

1.1.2 L'adhésion à une couverture prévoyance Madelin conditionnée à sélection médicale

La sélection médicale à l'entrée signifie que les conséquences de certaines pathologies déclarées à l'adhésion peuvent être exclues de la couverture ou que la tarification peut être très élevée, ou même que la couverture peut être refusée.

En pratique, l'indépendant est généralement tenu de déclarer sur un questionnaire médical, les accidents, maladies, opérations antérieurement survenus, voire surpoids ou antécédents familiaux.

L'organisme assureur peut alors :

- Accepter l'adhésion sans réserve si son médecin conseil juge ces antécédents sans conséquences ;
- Accepter l'adhésion mais en majorant fortement la tarification pour prendre en compte le risque élevé au vu de l'état de santé ;
- Accepter l'adhésion mais exclure pour toute la durée de la couverture les conséquences des pathologies antérieures déclarées, en spécifiant leur exclusion dans le certificat d'adhésion (exemple : si un artisan déclare des problèmes de dos, l'assureur pourra exclure de sa garantie incapacité toute indemnisation liée à ces pathologies disco-vertébrales ; en cas d'arrêt de travail lié à ce problème, même après des années de cotisations sans aucun sinistre, l'artisan ne percevra aucune indemnité journalière) ;
- Refuser totalement l'adhésion.
-

Des indépendants peuvent ainsi ne pas trouver d'organisme qui accepte de leur assurer la couverture nécessaire en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès.

1.2. COUT DE LA GARANTIE INCAPACITE POUR LES INDEPENDANTS AGGRAVE PAR LA TAXATION

A contre-courant de l'intérêt des assurés, la loi de financement de la Sécurité sociale 2014, portant de 7 % à 14 % la taxe sur les contrats maladie ne respectant pas les critères responsables et solidaires a concerné :

- Les contrats assurant les prestations maladie en nature, soit les couvertures complémentaires frais de santé,
- Mais aussi les contrats assurant les prestations complémentaire maladie en espèces, soit les garanties incapacité de travail.

Cette réforme de la taxation a eu pour effet pervers de majorer de 7 % la taxation des garanties incapacité (prestation en espèce en cas de maladie) de tous les contrats prévoyance comprenant une sélection médicale : garantie incapacité dans les contrats Madelin, dans les contrats labellisés pour les agents territoriaux, dans les contrats individuels.

Les pouvoirs publics se sont bien gardés de faire la publicité sur cette augmentation induite de taxation sur les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale pour les Indépendants.

Texte visé : article L862-4 du Code la Sécurité sociale sur la taxe de solidarité additionnelle

« Il bis Le taux de la taxe est fixé à ...

4 ° A **7 %** pour les **garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires** aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, **sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré** ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à **14 % si ces conditions ne sont pas respectées.** »

Soulignons qu'en parallèle, les contrats de prévoyance complémentaire collective couvrant les salariés à titre obligatoire, en décès, incapacité et invalidité, sont totalement exonérés de taxe.

Les populations les moins bien couvertes ont donc vu le coût du risque renforcé par cette taxation à 14 %, sans avoir de solution de souscription sans questionnaire médical pour conserver le taux de taxation minorée.

En effet, les organismes assureurs ne se sont pas lancés dans le développement de garanties de prévoyance solidaires.

Cet attentisme s'explique : autant la suppression du questionnaire médical pour le risque « frais de santé » n'a pas incité les assurés à attendre les prémices de la maladie pour souscrire une couverture complémentaire santé, autant des souscriptions in extremis seraient à craindre pour les risques incapacité, invalidité, décès en cas de suppression de la sélection médicale sans condition.

1.3. TAUX D'EQUIPEMENT LIMITE EN COUVERTURE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

Le taux d'équipement en couverture complémentaire est globalement faible et très variable selon le type de garanties souscrites.

En 2014, les TNS représentaient 2,4 millions de la population française.

En 2014, selon la Fédération Française de l'Assurance (FFA), 1, 8 millions d'indépendants sont couverts par un contrat Madelin prévoyance-santé.

Le taux de couverture est variable par garanties d'après les informations FFA :

- Seulement **40 % des indépendants en activité sont couverts en incapacité-invalidité,**
 - Pas plus **de 25 % l'est en décès.**
-

PARTIE 2

CE QUE PROPOSE L'IPS

Définir le cahier des charges des « contrats solidaires et responsables de prévoyance complémentaire » et adapter le cadre fiscal et social afin de développer la couverture des risques lourds

2.1. SOLUTIONS PRECONISEES

- ➔ Revoir le dispositif de sélection médicale et adapter les conditions de souscription afin d'inciter tout indépendant à souscrire des garanties prévoyance dès le début de son activité pour éviter l'anti-sélection ;
- ➔ Déterminer les critères d'une couverture prévoyance « solidaire et responsable » ;
- ➔ Faire évoluer les garanties prévoyance proposées ;
- ➔ Adapter le cadre fiscal et social encadrant ces contrats.

Tout en conciliant :

- Accessibilité et solidité de la couverture pour les assurés, y compris en période de transition ;
- Faisabilité technique et développement de l'offre pour les organismes assureurs ;
- Maîtrise de l'impact fiscal et social pour les pouvoirs publics.

La solution préconisée est incitative et préserve la liberté contractuelle et la libre concurrence.

Préconisation 1 : Revoir la sélection médicale

Dans la logique de la réforme des contrats santé solidaires qui a abouti à la suppression des questionnaires médicaux pour la quasi-totalité des contrats d'assurance santé du marché, il convient de revenir sur la suppression de la sélection médicale en prévoyance mais en apportant les adaptations permettant sa faisabilité.

Option A) Suppression de la sélection médicale et développement de garanties prévoyance « solidaires »

Afin d'éviter les problèmes d'anti sélection, des conditions doivent être mises en place pour généraliser l'adhésion en prévoyance Madelin sans questionnaire médical.

Description du dispositif encadrant l'adhésion aux garanties prévoyance Madelin « solidaires » :

Conditions d'adhésion aux garanties « solidaires »

« Les contrats Madelin proposant des garanties de prévoyance complémentaire solidaires doivent répondre aux critères suivants :

L'adhésion des Indépendants aux garanties prévoyance solidaires ne peut être conditionnée à leur état de santé. Les indépendants peuvent adhérer sans sélection médicale, à condition de ne pas être en arrêt de travail, en mi-temps thérapeutique, ni déclaré en invalidité ou incapacité partielle à la date de la demande d'adhésion, et d'adresser cette demande à l'organisme assureur dans le **déla**

mois suivant la date de leur inscription en tant qu'actif indépendant auprès du Centre de formalité des entreprises.

Par **dérogation**, les indépendants déjà en activité à la date de publication du présent texte disposeront d'un délai de douze mois pour demander à adhérer aux garanties prévoyance sans sélection médicale, sous réserve qu'ils ne soient pas en arrêt de travail, en mi-temps thérapeutique, ni déclaré en invalidité ou incapacité partielle à la date de leur demande.

- ➔ *Dans l'objectif d'une généralisation de la Prévoyance Universelle Complémentaire, la possibilité de souscrire des garanties prévoyance individuelle, sans questionnaire médical, pourrait être étendu à tout jeune dans les trois mois suivant son 18^e anniversaire ou son affiliation au régime maladie en tant qu'adhérent principal.*
Pour cette population, les garanties prévoyance solidaires proposées seraient : invalidité partielle ou totale sur une base forfaitaire, garantie diagnostic maladie redoutée ; capital décès invalidité absolue et définitive.

Clauses respectant le caractère « solidaire »

En raison du caractère solidaire, aucune pathologie ou affection ne pourra être exclue du champ d'application des contrats prévoyance solidaires et, conformément à la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l'organisme d'assurance qui aura accepté une adhésion prévoyance solidaire devra prendre en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion.

En revanche d'autres exclusions précisément détaillées et clairement mentionnées au contrat pourront être prévues (faits intentionnellement causés par l'assuré, usage de drogues, alcoolémie, ...). De même, si aucun délai d'attente ou de carence ne peut être opposé (*), des délais de franchise pourront en revanche être fixés.

Franchise exceptionnelle à l'adhésion

Ainsi, l'organisme assureur pourra stipuler que les garanties incapacité et invalidité acceptées sans sélection médicale se verront appliquer **une franchise absolue exceptionnelle à l'adhésion** (exemple : six mois, voire plus, à compter de la date d'effet de l'adhésion). Les prestations ne commenceront à être versées qu'au terme de cette franchise, ou au terme de la franchise librement choisie et spécifique au fonctionnement des garanties si elle est d'une durée supérieure.

Cette franchise exceptionnelle à l'adhésion ne pourra être supérieure à un an.

(*) Délais de carence : contrairement à une franchise qui permet de ne déclencher la prestation qu'au-delà d'un nombre de jours prédéterminé, les délais de carence en début d'adhésion privent définitivement l'adhérent de toute prise en charge des sinistres intervenant pendant ce délai. Cette clause est souvent méconnue par l'adhérent ; l'adhésion étant entrée en vigueur, il peut se croire garanti, or si une maladie se déclare pendant ce délai et provoque son incapacité de travail, voire son invalidité, il ne percevra aucune indemnisation au titre de cette maladie et de ses conséquences sur toute la durée de son adhésion.

Cette clause, figurant souvent dans les actuelles conditions générales des organismes assureurs, ne semble d'ailleurs pas compatible avec l'article 3 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Limitation spécifique à l'adhésion du fait générateur pour la garantie décès

Il pourra également être admis que la garantie décès soit limitée dans les premiers mois de l'adhésion au décès d'origine accidentelle.

Cette limitation ne pourra dépasser les 12 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de l'adhésion.

Comparaison avec des dispositifs similaires existant

Sous réserve de l'encadrement par ces conditions, le développement de gammes prévoyance sans sélection médicale au profit des Indépendants sera réalisable.

Pour preuve, des dispositifs équivalents ont déjà été mis en place au profit des agents de la Fonction Publique.

S'inspirer des règles applicables à la Fonction Publique

Cette préconisation pour les Indépendants s'inspire de la réglementation dont bénéficient déjà les agents de la Fonction Publique.

Pour les agents de la Fonction Publique d'Etat, le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, définit les critères permettant aux organismes assureurs de voir leur offre santé et prévoyance référencée. Pour la garantie prévoyance, l'article 16 précise que **la tarification ne peut être établie sur la base d'un questionnaire médical que lorsque l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique**. Pour autant, l'adhésion est donc facultative et plusieurs organismes peuvent être référencés, avec donc une répartition aléatoire des risques.

Pour la fonction publique territoriale, le décret 2011-1474 du 8 novembre 2011, relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agent, fixe dans son article 31 les **principes de solidarité relatifs aux garanties incapacité, invalidité et décès** proposées dans le cadre de convention de participation.

Ces contrats ou règlements collectifs souscrits par les collectivités territoriales permettent aux agents d'adhérer à **titre facultatif** à la couverture prévoyance **sans sélection médicale et sans condition d'âge**, à la seule condition d'adhérer dans les six premiers mois de la prise d'effet du contrat ou, si elle est postérieure, **dans les six premiers mois suivant leur date d'embauche**.

Passé ce délai, leur adhésion peut être soumise à sélection médicale et éventuellement donner lieu à une tarification majorée fondée sur le questionnaire médical, ou même être refusée.

Ces contrats sont collectifs et à adhésion facultative comme les contrats Madelin.

L'organisme assureur proposant la couverture prévoyance des agents territoriaux à la collectivité locale concernée peut toutefois demander des éléments chiffrés sur le nombre d'arrêts de travail, de mise en invalidité ou de décès sur les trois derniers exercices.

Mais les organismes assureurs présents sur le marché des Indépendants disposent également de statistiques sur la sinistralité moyenne, selon les conditions d'exercice de l'activité, l'âge, le secteur professionnel et géographique qui devraient leur permettre d'adapter la tarification des gammes proposées aux différents types d'Indépendants.

Qui plus est, il ne serait pas obligatoire pour cette prévoyance Madelin de proposer une tarification uniforme quel que soit l'âge.

Si l'information sur l'importance de se garantir en prévoyance et l'avantage d'adhérer dès le lancement de son activité est clairement diffusée à tout Indépendant, avec l'appui des pouvoirs publics, cette réforme pourra parvenir à une généralisation de la prévoyance pour cette population.

Elle pourra, après retour d'expérience, être dupliquée pour d'autres populations (jeunes, salariés de petites entreprises, nouveaux inscrits à pôle emploi, ...).

Critères de base des garanties prévoyance solidaire

Type de garanties

Les gammes prévoyance solidaire et « responsable » Madelin devront proposer au minimum les garanties de base suivantes :

- Garantie incapacité temporaire de travail, sur une durée de 3 ans ;
- Garantie invalidité partielle ou totale ;
- Garantie décès.

Selon le principe de liberté contractuelle, l'adhérent pourra librement choisir d'adhérer aux trois garanties de base ou simplement à certaines d'entre elles.

Toutefois, l'organisme assureur sera également libre d'imposer l'adhésion à au moins deux garanties de base, voir au trois dès l'adhésion.

L'adhésion ultérieure à une garantie pourra être soumise à sélection médicale.

Les autres garanties de prévoyance complémentaire éventuellement proposées par le contrat prévoyance Madelin, bénéficieront des mêmes conditions d'adhésion, sans sélection médicale, à

condition d'être souscrites en complément d'au moins deux de ces risques de base et de façon concomitante.

Fait générateur

Ces garanties devant être assurées, tant en cas d'accident que de maladie (hormis, la limite dérogatoire à la survenance par accident pour la garantie décès dans les premiers mois suivant l'adhésion).

Niveau de garantie

Le niveau de garantie auquel pourra accéder l'Indépendant sans questionnaire médical sera déterminé par chaque organisme assureur, éventuellement selon l'activité ou le statut (artisan, commerçant, profession libérale, autoentrepreneur, dirigeant indépendant).

S'il s'avérait que le niveau de garanties proposé par le marché pour l'adhésion à ces gammes prévoyance Madelin solidaire était trop faible, un cahier des charges dit de critères responsables, fixé par la réglementation, pourra définir des minimas de prestation pour chaque garantie, décès, incapacité, invalidité, en pourcentage du Plafond Sécurité sociale.

Ces minimas devront être adaptés au créateur d'entreprise, dans la mesure où les gammes solidaires seront proposées aux Indépendants dès leur inscription.

Exemple : un panier minimum, quel que soit l'activité ou le statut, pourrait être établi sur la base de 20 % du plafond sécurité sociale. Soit, en 2017 :

- 7 845 € de garantie décès minimale,
- 653 € par mois en base minimale d'indemnisation en cas d'incapacité ou d'invalidité.

Les organismes assureurs resteront libres d'accepter des niveaux de couverture supérieurs, sans questionnaire médical, notamment pour répondre aux besoins de professionnels qui changent simplement de statut.

Les indépendants pourront aussi accepter une sélection médicale s'ils souhaitent des garanties élevées dès l'adhésion.

Evolution de la couverture :

A la demande de l'adhérent

« En cours d'adhésion, l'assuré pourra demander à augmenter ses garanties prévoyance sans se voir opposer une sélection médicale, si ce changement est justifié :

- Par l'augmentation de ses revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale sur les douze derniers mois,
ou
- Par un changement familial (la demande de modification doit alors être effectuée dans les trois mois suivant cet événement) ; les garanties pourront être réajustée à hauteur de x % ».

L'organisme assureur resterait libre d'imposer un questionnaire médical en cas de demande d'augmentation de garantie non justifiée par l'évolution de la situation financière ou familiale de l'adhérent ou supérieure au montant justifié dans ces cas.

Sur décision de l'organisme assureur

Par adaptation de l'article 6 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à compter de l'adhésion de l'intéressé, l'organisme ne pourra refuser de maintenir l'adhésion, tant que l'assuré le souhaitera, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont il relève.

L'organisme ne pourra ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse devra être uniforme pour l'ensemble des adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

Changement d'assureur

L'assuré pourra également changer d'organisme assureur, dans le respect des conditions de résiliation, et adhérer sans sélection médicale à des garanties de nature et de niveau équivalent à celles dont il bénéficiait dans le précédent contrat.

Répartition du risque entre organismes assureurs et mécanisme de compensation

Le développement des gammes standards de prévoyance complémentaire solidaire par tous les organismes assureurs intéressés devrait permettre une dispersion du risque de prévoyance et le lissage de l'augmentation tarifaire due à la suppression de la sélection médicale.

Contrôle de l'équilibre des portefeuilles de prévoyance solidaire par l'ACPR

S'il s'avérait qu'un organisme assureur présente sur la totalité de ses gammes prévoyance solidaires, sur le niveau de base, un taux de sinistralité supérieur de « x » pourcent à la moyenne des contrats du marché de la prévoyance solidaire Madelin, depuis plus de « x » exercices, sans avoir ciblé sciemment les activités à risque ou des tranches d'âge plus élevé, un dispositif de compensation pourrait être mis en place par l'ACPR sur la base d'un fonds alimenté par une taxation portant sur les gammes prévoyance non solidaires.

Option B) Encadrer la sélection médicale en interdisant l'exclusion des seules ALD

Afin de trouver une solution d'assurance à tous les actifs touchés ou ayant été atteints par une Affection Longue Durée, cette proposition vise à interdire dans les contrats prévoyance Madelin l'exclusion des assurés en ALD.

Ces contrats pourraient toutefois soumettre les Indépendants à un questionnaire médical afin d'exclure les conséquences des pathologies contractées avant l'adhésion, à condition qu'elles soient clairement mentionnées dans le certificat d'adhésion, et déterminer le niveau de tarification adapté.

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus (VIH)
- Diabète de type 1 et diabète de type 2
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Maladie coronaire
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Paraplégie
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Affections psychiatriques de longue durée
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou > à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
- Spondylarthrite grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Préconisation 2 : Compléter les critères de couverture prévoyance solidaire par des critères « responsables »

L'obstacle principal au développement de la prévoyance complémentaire auprès de certaines personnes est la sélection médicale. L'instauration des conditions de souscription de contrats solidaires est donc une priorité.

Si la pratique démontrait que le développement de ces nouvelles gammes de prévoyance complémentaire solidaire ne permettait toujours pas à certains actifs de trouver une couverture de qualité à des conditions tarifaires acceptables, une deuxième phase d'encadrement des contrats prévoyance pourrait être envisagée, visant notamment les autres critères de sélection et de tarification :

- Encadrement des écarts tarifaires selon le niveau de risque de l'activité exercée pour renforcer la **mutualisation inter-secteur** (écart maximum de prix entre une activité sans risque spécifique et une activité à risques reconnus, en précisant que ces contrats « responsables » ne pourraient exclure certaines activités) ;
- Encadrement des écarts entre les taux de tarification par garantie appliqués selon l'âge de l'assuré afin de renforcer la **mutualisation intergénérationnelle** entre actifs.
- Instauration de services de prévention des risques.

Préconisation 3 - Evolutions des garanties prévoyance des indépendants

Adaptation des garanties existantes

Adaptation de la prestation décès

Les textes fiscaux en vigueur n'autorisent la déduction des cotisations afférentes à la garantie décès Madelin que si la prestation est liquidée sous forme de rente.

Or, les garanties décès proposées aux salariés dans le cadre des contrats collectifs prévoyance à adhésion obligatoire article 83 ouvrent droit à déduction fiscale même en cas de sortie en capital.

La possibilité de prévoir une garantie décès en capital doit également être accordée aux Indépendants dans les contrats prévoyance Madelin.

En pratique, cette contrainte de liquidation en rente conduit la majorité des adhérents à souscrire la garantie décès en dehors du cadre Madelin afin de pouvoir assurer un capital à leurs bénéficiaires en cas de décès

Texte à modifier : BOI-BIC-CHG-40-50-40-10-20141027 « Sont visés les contrats d'assurance souscrits en vue de garantir les risques liés à la maladie, à l'incapacité de travail, à l'invalidité et au décès, lorsque la prestation servie prend la forme de versement soit de prestations en nature soit d'un revenu de remplacement ou de rentes. »

Adaptation de la prestation assurée à la spécificité de l'activité indépendante

Les revenus d'activité indépendantes peuvent être très variables. Afin de conserver une couverture prévoyance de niveau adéquat malgré les aléas financiers de l'activité, la possibilité d'assurer des garanties de prévoyance complémentaire forfaitaires doit être clarifiée.

A ce jour la rédaction des textes fiscaux qui ne visent que les contrats dont « la prestation servie prend la forme d'un revenu de remplacement ou de rente » laisse planer un doute sur la déductibilité de cotisations afférentes à une indemnisation basée sur un montant forfaitaire librement déterminé entre l'indépendant et l'organisme assureur.

Pour autant, de nombreux organismes assureurs proposent ces garanties forfaitaires dans leurs gammes récentes en Madelin, car elles sont plus simples à comprendre et à gérer.

Les pratiques du marché sont en fait très variables :

Certains assureurs précisent que les garanties incapacité et invalidité sont indemnitaires. Elles sont donc limitées aux derniers revenus déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des indemnités liquidées par le régime de base obligatoire. D'autres suivent cette même logique, mais ne prennent pas en compte les prestations versées par le régime de base. Certains demandent à vérifier les revenus professionnels lors de l'adhésion, mais ne les vérifient plus sur les exercices suivants. Des organismes font les vérifications des revenus à l'adhésion, mais n'exigent pas de justificatifs pour verser les prestations. D'autres ne vérifient pas sur la durée l'adéquation des cotisations avec le niveau d'indemnités assurées mais peuvent refuser d'en payer le montant total lors du sinistre sous prétexte de limiter l'indemnisation aux derniers revenus déclarés. Pour s'adapter à la fluctuation des revenus de l'indépendant, des organismes font des moyennes des bénéficiaires déclarés sur les derniers exercices. Et enfin, des organismes proposent maintenant des garanties forfaitaires, plus compréhensibles et sécurisantes pour l'assuré.

Une base forfaitaire est de toute façon nécessaire lorsque l'on s'adresse à un Indépendant en début d'activité.

Par la suite, il faut bien intégrer que, contrairement à un salarié qui ne peut voir son salaire baisser si son état de santé se dégrade, un Indépendant peut voir ses bénéficiaires du dernier exercice décroître s'il poursuit son activité malgré sa pathologie. Lorsqu'il est vraiment contraint de s'arrêter, il serait illogique de plafonner son indemnisation à ces derniers résultats en raison d'un principe indemnitaire alors qu'il aurait cotisé pour un montant plus élevé.

Il est donc nécessaire de préserver la liberté contractuelle, mais utile de préciser que le revenu de remplacement pour l'Indépendant peut être forfaitaire ou indemnitaire.

Même si la prestation versée est supérieure aux derniers revenus dégagés, il ne peut être question d'enrichissement sans cause, puisque l'adhérent aura bien cotisé à hauteur de la prestation garantie, sans léser l'assureur.

La prestation, bien que forfaitaire, sera fiscalement toujours considérée comme un revenu de remplacement, donc fiscalisée et soumise à charges sociales lors de sa liquidation.

Evolution des garanties prévoyance Madelin

Dans la mesure où l'Indépendant qui cesse son activité ne bénéficie ni des allocations chômage, ni de la portabilité des droits en prévoyance, il est nécessaire d'aménager un maintien de ses garanties lors de la cessation d'activité.

Ces évolutions s'inscriraient dans la logique du développement d'une prévoyance complémentaire universelle accompagnant l'assuré dans toutes les phases de sa vie.

Maintien des garanties avant l'âge de la retraite

Les contrats prévoyance Madelin répondant aux critères solidaires et responsables devraient intégrer l'obligation pour l'organisme assureur de proposer à l'Indépendant, lors de sa cessation d'activité, un maintien sans questionnaire médical ni augmentation tarifaire de la garantie décès et de la garantie invalidité sur une base forfaitaire.

Maintien des garanties lors du départ retraite

Les actifs indépendants sont déjà trop peu à se préoccuper de leur prévoyance pendant leur activité professionnelle. Ils sont encore moins nombreux à préparer le maintien d'une protection sociale lors de leur cessation d'activité.

Ils se trouvent donc de nouveau bloqués par les problèmes de sélection médicale et, de surcroît, de problèmes liés à l'âge (limites d'âge ou sur-tarifification) pour bénéficier d'une couverture prévoyance lorsqu'ils sont proches de la retraite.

Il serait utile, dans la conception des garanties des actifs, d'intégrer une option permettant le maintien et l'adaptation des garanties lors du départ en retraite.

Conception de garanties adaptables sur **options** :

- Garantie décès / option garantie décès relais

La tarification du risque décès en période d'activité pourrait inclure une option, déclenchée 15 ou 10 ans avant l'âge prévisible de départ en retraite, permettant de lisser le coût d'une garantie décès relais viagère d'un montant égal à x pourcent du capital garanti en activité.

- Garantie invalidité / option garantie dépendance

La tarification de la garantie invalidité pourrait inclure une option dépendance, déclenchée sur demande, x années avant l'âge prévisible de départ en retraite, permettant de lisser le coût et de faire muter la garantie vers une solution dépendance lors de la cessation d'activité professionnelle.

La couverture dépendance est peu souscrite en tant que telle ; le fait de la combiner avec la garantie invalidité des actifs et de l'intégrer dans la tarification serait une solution pour permettre son acceptation, tant psychologique que tarifaire, et favoriser son développement.

- Garantie incapacité / diagnostic maladie redoutée

Si les régimes de base apportent en général une couverture en cas d'arrêt de travail (sauf pour de nombreux indépendants), rien n'est prévu lors du diagnostic d'une maladie grave.

Pourtant le nombre de maladies graves se déclarant avant l'âge de la retraite est en progression. Or, le diagnostic d'une maladie redoutée (cancer, pathologie cardiaque, ...) n'implique pas pour autant un arrêt de travail, surtout pour un indépendant.

Le plus souvent, il continuera son activité en parallèle de son traitement mais son activité et sa performance seront forcément réduites par sa maladie.

Il serait donc fort utile d'intégrer cette garantie, consistant, dès le diagnostic d'une maladie redoutée expressément prévue au contrat, à délivrer une prestation sous forme de capital et/ou d'allocations journalières sur une durée donnée, afin de permettre de concilier traitement et maintien de l'activité. De nombreux contrats proposent maintenant ce type de garantie.

Le fait de la combiner avec la garantie incapacité et de l'intégrer en option dans sa tarification serait une solution pour faciliter son développement dans la gamme prévoyance et mutualiser son coût.

Il est également nécessaire de préciser le cadre fiscal et social de ces garanties nouvelles.

Afin que le maintien de ces garanties soit possible pour les indépendants à l'âge de la retraite, il pourra être nécessaire, selon l'évolution du marché, de prévoir un encadrement tarifaire de ces garanties optionnelles dans une fourchette à déterminer.

Préconisation 4 - Adaptation du cadre fiscal et social des garanties Madelin solidaires et responsables

Afin d'inciter les Indépendants à souscrire des garanties de prévoyance complémentaire et pour compenser le renchérissement probable du coût des garanties consécutif à la suppression de la sélection médicale, le cadre fiscal et social doit être adapté.

Niveau actuel de taxe sur les contrats d'assurance

Pour les opérations individuelles ou collectives à adhésion facultative, la taxe est de taux différents selon les garanties :

- 0 % pour la garantie décès ;
- 7 % pour les garantie incapacité solidaire, sinon 14 % ;
- 9 % pour la garantie invalidité

Pour les garanties collectives prévoyance à adhésion obligatoire, la taxe est de 0 %.

(Article L 862-4 CSS, articles 1001 et 998 du CGI)

La taxation est donc plus forte pour les populations indépendantes les moins bien garanties.

Préconisation : supprimer cette discrimination de taxe entre actifs pour faciliter le développement de la couverture prévoyance des Indépendants en compensant partiellement le coût induit par la suppression de la sélection médicale.

Exclusion de l'assiette des cotisations sociales

Les cotisations patronales versées dans le cadre des opérations collectives de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire au profit des salariés bénéficient, dans le respect de certaines conditions et limites, de l'exonération de l'assiette de cotisations sociales.

(articles L 242-1, D 242-1, R242-1-1 à R242-1-6 du Code de la Sécurité sociale)

En revanche, les cotisations versées par un indépendant dans le cadre des contrats de prévoyance Madelin ne bénéficient pas d'exonération.

Afin de supprimer cette discrimination entre le statut de salarié et d'indépendant et de favoriser le développement de la souscription de couverture de prévoyance complémentaire, malgré leur renchérissement probable lié à la suppression de la sélection médicale, il est préconisé d'adapter le cadre social en accordant un avantage mesuré.

Préconisation : Les cotisations versées par un indépendant dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative de santé et prévoyance complémentaires solidaires et responsables seront déduites de l'assiette des charges sociales à hauteur de 50 % de leur montant et dans la limite de 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

2.3. ETUDE D'IMPACT DES PRECONISATIONS

Impact budgétaire de la suppression de taxe

Selon les chiffres de la FFA, les cotisations prévoyance-santé Madelin en 2014 s'élèvent à 2, 1 milliards d'euros. La garantie incapacité-invalidité représente 47 % des cotisations de l'année (8 % pour la garantie décès et 44 % pour la garantie santé).

La taxation de 9 % en invalidité et 14 % en incapacité repose donc sur une assiette globale de près d'un milliard.

Soit, une estimation très approximative de montant de taxe proche de 115 millions d'euros.

La suppression de la taxation pour les contrats de prévoyance Madelin solidaires et responsable pourrait être compensée par l'instauration d'une taxe sur les contrats collectifs ne respectant pas les critères solidaires, qu'ils soient collectifs à adhésion facultative ou obligatoire.

Ainsi, toute les gammes de prévoyance collective obligatoire pour les salariés qui imposent un questionnaire médical si le groupe à assurer est inférieur à x assurés (5 en pratique du marché) seraient assujetties à taxation pour la totalité de la gamme.

Impact budgétaire de l'exclusion de charges sociales

La FFA estime à 1, 8 millions le nombre d'assurés par un contrat de prévoyance santé Madelin (santé et prévoyance lourde confondues).

Les cotisations de l'année 2014 en santé et prévoyance s'élèvent à 2,1 milliards d'euros.

Notre préconisation porte sur l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales de **50 % du montant de la prime** et dans la limite de 5 % du PASS.

Cette exonération bénéficierait aux seules cotisations afférentes à des contrats de prévoyance Madelin solidaires et responsables.

L'impact en diminution d'assiette de cette exonération serait de l'ordre d'un milliard d'euros.

Soit une diminution de recettes pour le régime social de base (assurance maladie, allocations familiales, CSG, CRDS et caisses vieillesse) proche de 450 millions d'euros.

Rappel sur le cadre fiscal : cotisations déductibles dans la limite de 3,75 % du bénéfice imposable, majoré de 7 % du PASS sans que le total obtenu puisse excéder 3 % de 8 PASS.

2.3. LE PROJET DE TEXTES

Le cahier des charges des contrats prévoyance Madelin solidaires et responsables peut être réalisée par décret.

Dans le cadre d'une réforme plus large concernant toutes les opérations de prévoyance collective, la définition des critères solidaires et responsables ouvrant droit aux aides fiscales et sociales pourrait, comme pour les contrats santé solidaires et responsables, faire l'objet d'une loi, codifiée dans le Code de la Sécurité sociale dans un titre traitant du contenu des dispositifs de prévoyance complémentaire bénéficiant d'une aide.

Exemple des garanties santé :

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide.

Article L871-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n°2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 77](#)

Le bénéfice des dispositions de [l'article L. 863-1](#), des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article [L. 741-10](#) du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article [L. 160-13](#) du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité (1), et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à [l'article L. 162-5-3](#) ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de [l'article L. 162-5](#).

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article [L. 174-4](#).

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

NOTA : (1) Conformément à l'article 83 VI de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, ces dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2017.

Projet de texte sur les contrats de prévoyance solidaires et responsables

(Par comparaison avec l'article L871-1 CSS sur les contrats santé responsable)

Article L 872 CSS

« Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, *du L 242-11 bis (à créer pour les exonérations de charges sociales Madelin)* du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, de l'article 998 du CGI (*modifié pour élargir l'exonération de taxe aux contrats prévoyance Madelin*), dans le cas de garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail, à la dépendance, est subordonné à la condition que l'organisme d'assurance ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré et que les cotisations ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, ce pour toute demande de souscription ou d'adhésion effectuée dans les conditions fixées par décret. »

Projet de Décret

« Les contrats Madelin proposant des garanties de prévoyance complémentaire solidaires doivent répondre aux critères suivants :

L'adhésion des Indépendants aux garanties prévoyance solidaires ne peut être conditionnée à leur état de santé. Les indépendants peuvent adhérer sans sélection médicale, à condition de ne pas être en arrêt de travail, en mi-temps thérapeutique, ni en invalidité ou incapacité partielle à la date de la demande d'adhésion, et d'adresser cette demande à l'organisme assureur dans le **déla**i de trois mois suivant la date de leur inscription en tant qu'actif indépendant auprès du Centre de formalité des entreprises.

Par **dérogation**, les indépendants déjà en activité à la date de publication du présent texte disposeront d'un délai de douze mois pour demander à adhérer aux garanties prévoyance sans sélection médicale, sous réserve qu'ils ne soient pas en arrêt de travail, en mi-temps thérapeutique, en invalidité ou incapacité partielle à la date de leur demande.

En raison du caractère solidaire, aucune pathologie ou affection ne peut être exclue du champ d'application des contrats et l'organisme d'assurance qui a accepté une adhésion prévoyance solidaire doit prendre en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion.

L'organisme assureur peut cependant recueillir des informations autres que celles relatives à l'état de santé de l'adhérent et notamment celle relatives à son âge et à son activité professionnelle.

En cas d'inclusion d'une franchise exceptionnelle à l'adhésion, celle-ci ne pourra être supérieure à douze mois. Les délais d'attente ou de carence sont interdits.

En cours d'adhésion, l'adhérent pourra demander à augmenter ses garanties prévoyance sans se voir opposer une sélection médicale, si ce changement est justifié :

- Par l'augmentation de ses revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale sur les douze derniers mois, ou
- Par un changement familial (la demande de modification doit alors être effectuée dans les trois mois suivant cet événement) ; les garanties pourront être réajustée à hauteur de « x % »

A compter de l'adhésion de l'indépendant, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, l'organisme ne pourra refuser de maintenir l'adhésion, tant que l'adhérent le souhaitera, aux conditions tarifaires de la catégorie dont il relève, sans réduction des garanties souscrites mais avec application des adaptations de garanties prévues au contrat lors de la cessation d'activité professionnelles.

L'organisme ne pourra ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci. Toutefois, l'organisme assureur peut fixer collectivement les cotisations en fonction de l'état de santé des adhérents mais sans pratiquer de surprime individuelle en fonction de l'état de santé de l'un d'eux.

Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse devra être uniforme pour l'ensemble des adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

L'adhérent pourra également changer d'organisme assureur, dans le respect des conditions de résiliation, et adhérer sans sélection médicale à des garanties de nature et de niveau équivalent à celles dont il bénéficiait dans le précédent contrat.

Les gammes prévoyance solidaire et responsable doivent proposer au minimum les garanties de base suivantes :

- Garantie incapacité temporaire de travail, sur une durée de 3 ans ;
- Garantie invalidité partielle ou totale ;
- Garantie décès.

Ces garanties doivent être assurées qu'elles soient la conséquence d'un accident ou d'une maladie.

A titre dérogatoire, dans les douze mois maximum suivant la date d'effet de l'adhésion, la garantie décès pourra être limitée au décès d'origine accidentelle. »

+ création d'un article L 242-11 bis du Code de la Sécurité sociale sur l'exonération partielle de l'assiette des charges sociales des cotisations prévoyance Madelin :

« Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au xxx les cotisations destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance respectant les dispositions de l'article L 872, dans les limites fixées par décret. »

Projet de Décret :

« Les cotisations mentionnées à l'article L 242-11 bis sont exclues de l'assiette des cotisations sociales à hauteur de 50 % de leur montant et dans la limite de 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale ».

+ Exonération de la taxe d'assurances par adaptation de l'article 998 du CGI.

+ Texte à préciser : BOI-BIC-CHG-40-50-40-10-20141027

« Sont visés les contrats d'assurance souscrits en vue de garantir les risques liés à la maladie, à l'incapacité de travail, à l'invalidité et au décès, lorsque la prestation servie prend la forme de versement soit de prestations en nature, soit d'un revenu de remplacement indemnitaire ou forfaitaire ou de rentes, ou pour la garantie décès de rente ou capital. ») + BOI sur BNC.