Contexte de l’étude

Table des matières

[Le risque arrêt de travail dans le contexte de l’assurance collective 2](#_Toc110864812)

[Présentation de la protection sociale en France : régime de base et régime complémentaire. 2](#_Toc110864813)

[Histoire de la protection sociale 2](#_Toc110864814)

[Organisation fonctionnelle 2](#_Toc110864815)

[Détails de l’offre proposée par le régime de base 4](#_Toc110864816)

[Panorama de l’offre de couverture complémentaire 8](#_Toc110864817)

[Qu’est-ce que la prévoyance collective ? 8](#_Toc110864818)

[Contexte général et définitions autour du risque arrêt de travail. 8](#_Toc110864819)

[L’absentéisme en entreprise en France 8](#_Toc110864820)

[Qu’est-ce que l’absentéisme ? 8](#_Toc110864821)

[Comment mesurer l’absentéisme en entreprise ? 8](#_Toc110864822)

[Quel est son coût réel sur les entreprises ? 8](#_Toc110864823)

# Le risque arrêt de travail dans le contexte de l’assurance collective

Dans le cadre de l’étude, nous avons pour objectif d’étudier et de modéliser l’absentéisme sur le portefeuille collectif de Generali Vie. Pour introduire ce vaste sujet, il est naturel de tout d’abord présenter le système de protection sociale français, présentation qui nous amènera à aborder les spécificités de la prévoyance collective, ensuite à l’aide d’une définition détaillé du concept d’absentéisme en entreprise et des notions actuarielles autour de l’arrêt de travail, nous expliciterons les enjeux et l’importance de l’établissement d’un baromètre de l’absentéisme sur un portefeuille d’assurance collective.

## Présentation de la protection sociale en France : régime de base et régime complémentaire.

La protection sociale désigne l’ensemble des mécanismes qui permettent aux individus de faire face financièrement à certains risques sociaux, à des situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses. Ces risques sont les suivants :

* Santé : actes courants, hospitalisation, optique et dentaire : remboursement des frais médicaux
* Arrêt de Travail : incapacité, invalidité, maternité : remboursement d’indemnités journalières pour l’incapacité et la maternité et d’une rente pour l’invalidité
* Décès : versement d’un capital ou d’une rente aux ayants droits
* Retraite : constitution d’un capital ou d’une rente
* Dépendance : versement d’un capital ou d’une rente
* Chômage : versement d’indemnités de chômage

### Histoire de la protection sociale

La Sécurité Sociale a été créé en 1945 via les ordonnances du 4 et 19 octobre en fusionnant toutes les anciennes assurances et avec comme triple objectif :

* Unité de la Sécurité Sociale
* Généralisation quant aux personnes
* Extension des risques couverts

L’ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit un système coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes existants. Les salariés des régimes spéciaux comme les fonctionnaires, les marins, les cheminots, etc vont refuser de s’intégrer dans le nouveau régime général et conserver dans un cadre « transitoire » qui dure encore, leurs régimes spécifiques.

Régime : Ensemble de droits et obligations réciproques des Employés (et leurs « ayant-droit »), des Patrons, et d'une Caisse de Sécurité Sociale.

Les trois grands régimes introduits par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 sont les suivants :

* Régime général : salariés et travailleurs assimilés à des salariés soit environ 80 % de la population.
* Régime des travailleurs non-salariés non agricoles ou Régime social des indépendants ou RSI : artisans, commerçants et professions libérales.
* Régime agricole : exploitants et salariés agricoles, ainsi que certains secteurs rattachés à l’agriculture (ex l’industrie agro alimentaire). Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole, MSA.

La protection sociale était à l'origine financée exclusivement par des cotisations. Le financement s'est diversifié dans les années 1990 avec la CSG et d'autres impôts.

### Organisation fonctionnelle

D'un point de vue fonctionnel, l'organisation actuelle de la Sécurité Sociale résulte de l'ordonnance de 1967 qui instaure la séparation de la Sécurité Sociale en 4 branches autonomes. Chaque branche est alors responsable de ses ressources et de ses dépenses.

* Branche Maladie : maladie, maternité, paternité, invalidité, décès
* Branche Accidents du travail et Maladies professionnelles
* Branche Vieillesse et veuvage
* Branche Famille : handicap, logement, RSA ...

### Détails de l’offre proposée par le régime de base

#### L’assurance Maladie :

Définition de l’assurance maladie :

L’assurance maladie est définie dans le cadre de l’article L321-1 du CSS :

« L'assurance maladie comporte (…) l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, (…) de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret (…) ».

Conditions d’ouverture des droits de l’assurance maladie :

Des conditions d’ouverture des droits s’appliquent en fonction de la durée de l’arrêt de travail et de la situation de l’assuré :

* Si l’arrêt de travail est inférieur à 6 mois :
  + Avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail
  + Ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois précédant l'arrêt
* Si l’arrêt de travail est supérieur à 6 mois :
  + Justifier à la date de l’arrêt, de douze mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance Maladie
  + Avoir travaillé au moins 600 heures au cours des douze derniers mois
  + Ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail, dont au moins 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six premiers mois

Les indemnités journalières ;

* Durée de service des indemnités journalières :

L’indemnité journalière est accordée à partir d’un délai de carence de 3 jours (1 jour pour les fonctionnaires), ce délai de carence ne s’applique pas dans les cas suivants :

* En cas de reprise d’activité entre deux prescriptions d’arrêt de travail qui ne dépasse pas 48 heures
* L’assuré est en affection de longue durée et les arrêts sont en rapport à cette maladie alors le délai de carence ne s’applique que pour le premier arrêt.

L’indemnité journalière est due au titre de chaque jour, ouvrable ou non.

Les causes de sorties de l’état d’incapacité sont : le rétablissement, le passage en invalidité et le décès.

* Montant de l’indemnité journalière :

Le montant de l’indemnité journalière versée par la Sécurité Sociale est calculé via le salaire journalier de base dont le calcul est détaillé ci-dessous et est égale à 50% du salaire journalier de base.

Salaire journalier de base : ce salaire est la moyenne des salaires bruts des 3 derniers mois travaillés précédant l’arrêt, plafonné à 1.8 SMIC (3 022,11 € au 1er aout 2022), c’est-à-dire :

(Décret n° 2010-1305 -29/10/10)

L’indemnité peut notamment être revalorisée en cas d’augmentation générale des salaires de l’entreprise durant l’arrêt.

#### L’assurance Maternité et congé Paternité

Conditions d’ouverture des droits de l’assurance maternité/paternité :

Les conditions d’ouverture des droits à l’assurance Maternité et le congé Paternité sont les suivantes :

* Pour l’assurance maternité :
  + Être immatriculée en tant qu'assurée sociale depuis au moins 10 mois, à la date prévue de l’accouchement
  + Avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois la valeur du SMIC horaire au cours des six mois civils précédant la date du début de la grossesse ou du début
  + Ou avoir effectué au moins 150 heures de travail au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail, à la date du début de la grossesse ou du début du congé prénatal
* Pour le congé paternité :
  + Justifier d'au moins 10 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social à la date de début du congé
  + Avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois précédant la date de début du congé ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois précédant le début du congé

Les indemnités journalières :

* Durée de service des indemnités journalières :

Le niveau de l’indemnité journalière due au titre du congé maternité/paternité est d’abord limité par la durée légale du congé :

* Congé Maternité : 16 semaines (peut être plus longue selon le nombre d’enfants de l’assuré et le nombre d’enfants attendus)
* Congé Paternité : 11 jours consécutifs maximum, 18 en cas de naissance multiple, ce congé est à prendre par le père dans les 4 mois suivants la naissance

Il n’y a aucun délai de carence.

* Montant de l’indemnité journalière :
* L’indemnité journalière Maternité : moyenne des salaires nets des prélèvements légaux et conventionnels et de la CSG (déduction forfaitaire 21%), limités à la Tranche A (= 1PMSS : 3 428 € en 2022) des trois mois précédant le congé prénatal.
* L’indemnité journalière Paternité : moyenne des salaires nets des prélèvements légaux et conventionnels et de la CSG, limités à la Tranche A des trois mois précédant le congé prénatal.

#### L’assurance Invalidité

Définition l’assurance invalidité :

L’assurance invalidité est définie dans le cadre des articles suivants comme étant le droit d’avoir accès à une pension lorsque l’assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains dans des proportions déterminées :

Article L341-1 du CSS : « L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité. »

Article R341-2 du CSS : « Pour l'application des dispositions de l'article L. 341-1 :

1. L’invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain
2. Le salaire de référence ne doit pas être supérieur au tiers de la rémunération normale mentionnée audit article. »

Article L341-4 du CSS : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1. Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
2. Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
3. Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. »

Conditions d’ouverture des droits de l’assurance Invalidité :

Les conditions d’ouverture des droits à l’assurance Invalidité sont les suivantes :

* Être immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail suite à l’invalidité ou au moment de la constatation de l’invalidité par le médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie ;
* Justifier, au cours des 12 mois qui précédent l’arrêt de travail pour invalidité ou constatation médicale de l'invalidité,
  + Soit avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié ;
  + Soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire.

La pension d’invalidité :

* Durée de service des indemnités journalières :

La pension invalidité est interrompue en totalité ou en partie en cas de reprise du travail, sinon elle prend fin à l’âge de la retraite prévu par la loi, elle est alors remplacée par la pension de vieillesse allouée en cas d’inaptitude au travail.

* Montant de la pension invalidité :

Le montant de la pension d’invalidité versée par la Sécurité Sociale est calculé via le salaire annuel moyen égal à la moyenne des salaires annuels bruts plafonnés à la tranche A des dix meilleures années d’activité. Le montant de la pension d’invalidité est le suivant :

* 1ère catégorie = 30 % du salaire annuel moyen
* 2ème catégorie = 50 % du salaire annuel moyen
* 3ème catégorie = 50 % du salaire annuel moyen majoré de l’allocation tierce personne

#### L’assurance Décès

Définition et condition d’ouverture des droits de l’assurance Décès :

D’après l’article L361-1 du CSS, l’assurance décès garantit aux ayants droit de l’assuré le paiement d’un capital égal à un multiple du gain journalier de base lorsque l’assuré exerçait une activité salariée moins de trois mois avant le décès, s’il était titulaire d’une pension d’invalidité ou d’une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles ou lorsqu’il bénéficiait, au moment du décès, du maintien de ses droits à l’assurance décès.

Montant du capital décès :

Depuis la loi de financement de la sécurité social de 2015, il est égal à un montant forfaitaire fixé par décret et revalorisé chaque année (3 539€ en 2022).

#### L’assurance Accident du travail et Maladie Professionnelle

Définitions :

D’après l’article L411-1 du CSS, est considéré comme accident du travail un accident survenu par le fait ou à l’occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. De plus, est aussi considéré comme accident du travail l'accident qui est survenu à un travailleur, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

* Tout lieu où le travailleur se rend de façon habituelle (résidence principale, résidence secondaire, …) et le lieu de travail.
* Le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi et le lieu de travail.

Pour ce qui est des maladies professionnelles, d’après l’article L411-1, est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Aucune condition n’est formulée pour l’ouverture des droits.

Les indemnités journalières :

* Délai de carence :

Aucun délai de carence n’est applicable : l’indemnité est due à partir du 1er jour suivant l'arrêt du travail, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de l’état ou le décès.

* Montant de l’indemnisation :

Ce montant est calculé via le salaire journalier de base dont le calcul a été détaillé précédemment, le montant de l’indemnité est le suivant :

* 60 % du salaire journalier de base jusqu’au 28ème jour
* 80 % du salaire journalier de base à partir du 29ème jour d’arrêt

De plus, une des spécificités de cette assurance est le taux d’incapacité permanente, taux qui est proposé par un médecin conseil lors d’un contrôle médical organisé par la caisse d’Assurance Maladie de l’assuré.

Le montant de la prestation est alors dicté par ce taux :

* Si taux < 10% : Un capital est versé en fonction du taux d’incapacité de la victime sur la base d’un barème forfaitaire.
* Si taux ≥ 10% : Versement d’une rente viagère égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci

### Panorama de l’offre de couverture complémentaire

#### Organisation du marché de l’assurance complémentaire

Le marché de l’assurance complémentaire est composé de quatre acteurs principaux :

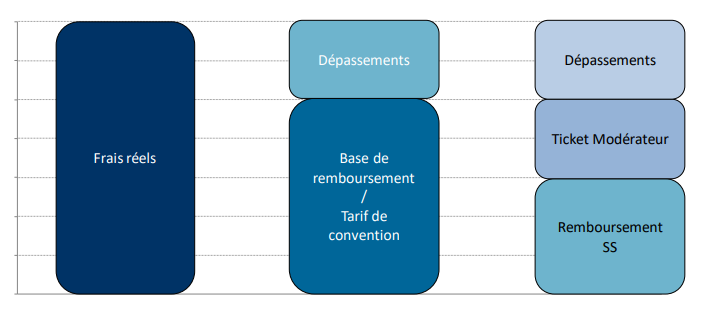
* **Les organismes assureur :** mutuelle, institut de prévoyance, société d’assurance. Ces organismes sont régis par des réglementations différentes et ont un mode de fonctionnement qui leur est propre et chaque organisme à son domaine d’intervention privilégié.
* **Les courtiers :** c’est un travailleur indépendant qui n’est pas lié à une compagnie d’assurance, il est un intermédiaire au contrat.
* **Les gestionnaires :** soit rattachés de près ou de loin à un cabinet de courtage, soit indépendants, ces entreprises sont dédiées à la gestion administrative des contrats de Prévoyance, Santé, contrats Emprunteurs, …
* **Les entreprises de conseil :** elles portent assistance à l’entreprise et possède des domaines de compétences et d’interventions souvent variés (Retraite, Santé, Prévoyance, …)

#### Les garanties de prévoyance complémentaire

Dans un premier temps, il faut distinguer les deux secteurs principaux du périmètre de la protection sociale complémentaire en France, ces deux secteurs sont : L’épargne retraite et la Prévoyance.

Les garanties collectives d’un tel contrat ont objectif de prévoir pour les salariés, les anciens salariés et leurs ayants droit, la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière.

* Les Frais de Santé

La garantie complémentaire frais de santé intervient en complément de la Sécurité Sociale, voire même dans certains cas lorsque la Sécurité Sociale n’intervient pas.

* La Prévoyance Lourde
* Capitaux Décès :

Le capital décès est versé par la complémentaire en cas de décès de l’assuré mais peut aussi être versée par anticipation en cas d’IAD (Invalidité Absolue et Définitive). Son montant dépend de la rémunération annuelle brute de l’assuré.

Ce capital est parfois accompagné de garanties annexes comme une garantie frais d’obsèques, majoration en cas décès accidentel, garantie « double effet » (en cas de décès du conjoint survivant, versement d’un capital aux enfants à charge), capital « pré-décès », …

* Rente de Conjoint :

La rente de Conjoint est destinée à compenser la disparition d’un revenu immédiat et/ou différé au sein de la famille, elle peut être de nature viagère ou temporaire dans l’attente de la pension de réversion des régimes de retraite obligatoire.

Elle est généralement calculée soit en fonction des droits de réversion acquis auprès des régimes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, soit en fonction du dernier salaire de l’assuré décédé.

* Rente éducation :

La rente d’éducation est destinée à assurer le versement d’une rente aux enfants à charge de l’assuré décédé, au-delà d’un certain âge, elle peut être conditionnée à la poursuite des études par le bénéficiaire.

Le montant de la rente est généralement calculé au prorata du dernier salaire de l’assuré et est généralement exprimée par palier d’âge croissant du bénéficiaire.

* Incapacité de travail :

La garantie incapacité de travail permet au salarié en arrêt de travail de percevoir des indemnités journalières afin de compenser sa perte de salaire, ces indemnités viennent en complément de la Sécurité Sociale ainsi que du complément de revenu versé par l’employeur.

Les principaux paramètres définissant une garantie incapacité sont :

* La franchise : type et durée (ferme ou continue, rétroactive, discontinue)
* Le montant : en pourcentage du salaire de l’assuré
* L’assiette de calcul

L’employeur est tenu de verser un complément d’indemnisation appelé « Maintien de salaire » sous certaines conditions à un salarié en arrêt de travail. Cette obligation a été mise en place par la loi de mensualisation de 1978 puis améliorée par l’ANI du 11 janvier 2008. Les conditions pour bénéficier du maintien de salaire pour un assuré sont :

* Condition d’ancienneté : le salarié doit avoir au moins 1 an d’ancienneté
* Franchise : 7 jours sauf en cas d’arrêt consécutif à un arrêt de travail ou une maladie professionnelle
* L’Employeur doit compléter les indemnités versées par la Sécurité Sociale à hauteur de 90 %, puis de 66,66 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s’il avait continué à travailler, et ce pour les durées définies ci-dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ancienneté | 90% du salaire brut | 66,6% du salaire brut |
| 1 – 6 années | 30 jours | 30 jours |
| 6 – 11 années | 40 jours | 40 jours |
| 11 – 16 années | 50 jours | 50 jours |
| 16 – 21 années | 60 jours | 60 jours |
| 21 – 26 années | 70 jours | 70 jours |
| 26 – 31 années | 80 jours | 80 jours |
| Plus de 31 années | 90 jours | 90 jours |

* Invalidité :

La rente d'invalidité compense, en totalité ou en partie, la perte de revenu d’un assuré déclaré invalide. Elle vient compléter la pension d’invalidité versée par la Sécurité sociale. Le montant de cette renta peut-être fixe ou bien correspondre à un pourcentage de son salaire, elle dépend souvent aussi de la catégorie d’invalidité définie par la Sécurité sociale.

## Qu’est-ce que la prévoyance collective ?

Dans le cadre de cette étude, nous avons la possibilité d’étudier les caractéristiques en matière d’absentéisme d’un portefeuille de prévoyance collective, celui de Generali Vie. La « prévoyance collective » est la couverture d’un groupe de personnes qui ont un lien objectif entre elles, ce groupe étant représenté par une personne qui va signer ce contrat, généralement l’entreprise dans laquelle travail un assuré.

Les différents intervenants dans un contrat de prévoyance collective sont le souscripteur, les affiliés, les assurés et les bénéficiaires.

* **Le souscripteur :** la personne morale qui signe le contrat et paie les cotisations (entreprise, association, établissement de crédit)
* **Les affiliés :** l’ensemble des personnes appartenant au groupe assurable
* **Les assurés :** l’ensemble des personnes soumises au risque
* **Les bénéficiaires :** l’ensemble des personnes susceptibles de recevoir des prestations (exemple : les enfants dans le cadre d’une rente éducation)

## Le risque arrêt de travail en France

### Contexte général

Pour l’assureur, la définition des prestations et de son intervention dans la prise en charge, est alignée sur la reconnaissance par la Sécurité Sociale d’un arrêt de travail vue précédemment. Les règles de base qui vont donc conduire à définir ce qu’est un arrêt de travail, avec la distinction entre l’incapacité et l’invalidité, sont donc celles de la Sécurité Sociale. On désigne en pratique par « incapacité » l’incapacité temporaire de travail et par « invalidité » l’incapacité permanente de travail.

#### Que désigne t’on par la notion de risque arrêt de travail ?

Ce que l’on désigne ici par la notion de « risque arrêt de travail » constitue en pratique pour l’assureur l’association du risque incapacité et du risque invalidité. Cette association est nécessaire car l’incapacité temporaire de travail peut devenir permanente, soit par aggravement du facteur incapacitant, soit après la durée maximum légale de l’incapacité (36 mois), d’ailleurs cela constitue un réel enjeu pour l’actuaire qui doit prendre en compte la probabilité de passage en invalidité pour le calcul des provisions ITIP via les tables de maintien en incapacité.

Malgré qu’en pratique il aurait été plus simple de ne considérer qu’un seul type d’arrêt, ces deux risques sont très différents notamment via leur statut clairement et leur durée définis par la loi.

### Environnement juridique

L’environnement juridique autour de la notion du risque arrêt de travail est défini par les textes juridiques suivants :

* Loi Evin (31 décembre 1989) :

Son titre exact est : « Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contre certains risques »

C’est la première loi spécifique de Prévoyance, elle crée le premier ensemble de règles applicables à toutes les familles d’assureurs (les institutions de prévoyances, les mutuelles, les assureurs). Elle impose les trois points suivants :

* + Évaluation des provisions techniques au niveau atteint.
  + Reprise des encours (et évaluation des provisions pour revalorisation).
  + Maintien des garanties décès aux invalides et aux incapables (décret du 17 juillet 2001).

Cette loi oblige l’ensemble des familles d’assureurs à provisionner les sinistres en cours pour les couvertures du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail, d'invalidité et du risque chômage.

* Loi du 8 août 1994 :

Cette loi arriva en complément de la loi Evin, dans le but de transposer dans le droit français une directive européenne en matière d’assurance, cette loi crée le premier corps de règles relatives à la protection sociale des salariés.

Cette loi pose les fondements juridiques de toute couverture collective, elle impose notamment une période de réexamen d’au plus 5 années pour les conventions collectives de branche ou d’entreprise qui désigne un organisme assureur et, en complément à la loi Evin, elle ajoute l’obligation d’organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service en cas de résiliation du contrat ainsi que le maintient de la garantie décès.

* Arrêté du 28 mars 1996 :

# L’absentéisme en entreprise en France

## Qu’est-ce que l’absentéisme ?

## Comment mesurer l’absentéisme en entreprise ?

## Quel est son coût réel sur les entreprises ?