

édition
spéciale

édito

Le Comité d'Observation Stratégique d'Adéis* a décidé en 2017 de réaliser une étude technique sur les régimes de prévoyance et de santé des branches professionnelles. Son objectif : éclairer les partenaires sociaux sur le positionnement des régimes conventionnels, les variantes de structure (types de garanties, nature de la cotisation, bénéficiaires...) et le niveau des prestations. Mais aussi identifier les points de convergence et de divergence entre eux. Y a-t-il des différences marquées entre les régimes, quels sont les éléments constants, constate-t-on une certaine homogénéité... ? Ce sont les résultats de ce «benchmark» inédit que nous vous proposons de partager dans cette édition spéciale. Très bonne lecture,

●●● Jérôme Bonizec) Directeur Général

* Le Comité d'Observation Stratégique (COS) d'Adéis réunit cinq représentants des confédérations syndicales des salariés et cinq représentants patronaux de grands secteurs d'activité. Le COS vise à éclairer les délibérations du Conseil d'administration par des travaux d'analyse, de veille et de prospective dans le domaine de la protection sociale des branches professionnelles. En 2015, une étude qualitative a été réalisée sur la perception du degré élevé de solidarité par les partenaires sociaux et les entreprises. En 2016, le COS a étudié les recommandations du rapport Libault et proposé des solutions pour sauvegarder le modèle de mutualisation des régimes Prévoyance.

Régimes de branche : une étude inédite santé et prévoyance

Le propre de la négociation collective d'un régime de branche est de répondre aux besoins des salariés (garanties, prestations...) et des entreprises (démarches simplifiées, conformité réglementaire...), sans leur imposer de fortes contraintes financières (coûts négociés). Le régime qui en découle sous la forme d'un accord doit s'appliquer à des entreprises différentes par leur taille, leur démographie, leur santé économique... Pour analyser les régimes de branche sous un angle nouveau et réaliser une étude comparative, le COS d'Adéis a missionné la société Opusline. Explications.

Une étude avec un panel de branches significatif

Réalisée sur un panel de 30 branches représentatif des différents secteurs d'activité du marché, cette étude a permis d'analyser et de comparer 24 régimes santé et 29 régimes prévoyance. Ceci en termes de garanties, de niveaux de prestations, de cotisations, et tout en tenant compte de leurs spécificités : taille de la branche, secteur d'activité, collègue concerné... Le périmètre d'analyse concerne 4,6 millions de salariés au total.

Le périmètre d'analyse de l'étude



2 outils de comparaison pour une meilleure analyse

- Deux portraits robots des garanties régimes Santé et Prévoyance
La comparaison et l'analyse poste par poste des régimes de chaque branche ont permis d'établir un profil type moyen des garanties pour la santé et un pour la prévoyance.
- Une cartographie des régimes sur un axe cotisations/prestations
Afin d'illustrer les résultats d'une manière schématique et compréhensible, les régimes étudiés ont été positionnés sur un axe cotisations/prestations dans un même graphique.

2 grandes conclusions

- Régimes Santé : une structure proche, des niveaux de garanties variés
Les régimes santé étudiés sont relativement homogènes en terme de périmètre de garanties compte tenu de la réglementation encadrant la complémentaire santé. Cependant, les niveaux de prise en charge et les cotisations sont assez hétérogènes selon les régimes, cette disparité étant le fruit de chaque négociation de branche.
- Régimes Prévoyance : plus de disparités en raison d'une négociation plus libre
Les garanties des 29 régimes de prévoyance étudiés sont assez différentes dans leur composition (nature et structure des garanties), ce qui illustre une construction basée davantage sur une négociation libre et moins encadrée par la réglementation. En revanche, les niveaux de cotisations des régimes dépendent sensiblement des grands secteurs d'activité concernés.

Découvrez les résultats détaillés de cette analyse dans notre zoom Santé et notre zoom Prévoyance.

Zoom Santé

Des régimes plutôt homogènes dans leur structure, mais hétérogènes sur le niveau de prise en charge

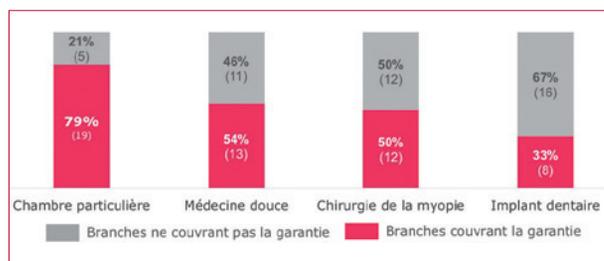
Une structure encadrée par le contrat responsable

Le contrat responsable est un contrat de complémentaire santé dont les garanties et les prestations sont définies par les pouvoirs publics. Il s'agit d'une fourchette de prestations (plancher et plafond) que les entreprises doivent respecter si elles veulent bénéficier d'exonérations sociales et de déductibilité fiscale liées à ce dispositif. L'étude des 24 régimes confirme que la structure des garanties santé des régimes conventionnels est conforme au contrat responsable et respectent les fourchettes de prestations. En étudiant leur typologie (catégories de salariés couverts, nombre d'options, couverture des ayants droit, part des cotisations employeur/salarié), une certaine homogénéité est également apparue :

- ▼ Pour 23 régimes sur 24, toutes les catégories de salariés sont couvertes.
- ▼ **62 %** des régimes proposent des options, une majorité en proposant deux (38 %).
- ▼ **71 %** des régimes couvrent les ayants droit de manière facultative.

Des garanties en plus du contrat responsable

Parmi tous les régimes étudiés, 4 principales garanties non encadrées par le contrat responsable sont le plus souvent retrouvées dans les régimes de branche : chambre particulière, médecine douce, implants dentaires et chirurgie de la myopie.



► On peut en déduire que les régimes étudiés sont plutôt homogènes dans leur structure et dans le choix des garanties (hospitalisation, soins de ville, optique, dentaire...). A partir de ce constat, un portrait robot du régime de branche Santé «type» a été réalisé (voir encadré).

Des niveaux de prestations différents d'une branche à l'autre

Si les structures des 24 régimes étudiés sont plutôt similaires, les niveaux de prise en charge sont, quant à eux, assez hétérogènes. 4 constats à partir de cette étude :

▼ Constat 1

Le niveau de prise en charge de la plupart des garanties est supérieur au plancher du contrat responsable. Par exemple :

- Pour les **spécialistes** (coût moyen de 50 €), **58 % des régimes couvrent au-delà de 25 €**. 21 % couvrent même les consultations de 35 € à 46 € (plafond du contrat responsable).

- Le niveau de prise en charge des garanties **optique et dentaire** est, pour plus de 80 % des branches, au dessus des niveaux plancher, sans atteindre les plafonds du contrat responsable.
- Il y a une forte dispersion dans les niveaux de prise en charge **des prothèses dentaires** (couronnes) avec un reste à charge globalement élevé.

▼ Constat 2

Le coût moyen de certaines dépenses de santé est si élevé qu'il dépasse le plafond du contrat responsable et laisse un reste à charge important pour le salarié :

- 50 % des régimes prennent en charge les prothèses auditives à des niveaux élevés allant de 400 € jusqu'à 1000 € (dans quelques cas). Avec un coût moyen d'environ 1000 €, le reste à charge est important pour la majorité des régimes.
- La majorité des **prestations d'orthodontie** dépasse le plancher du contrat responsable mais elles ne sont pas suffisantes pour couvrir le coût moyen de 500 € par semestre. 63 % des branches ne couvrent pas au-delà de 390 € / semestre.
- En **équipement optique**, les prestations négociées par 79 % des branches dépassent 160 € pour les équipements simples et 250 € pour les équipements complexes, pour des coûts moyens respectivement d'environ 340 € et 550 €. Seuls 17 % des régimes étudiés couvrent au-delà de ces montants.

▼ Constat 3

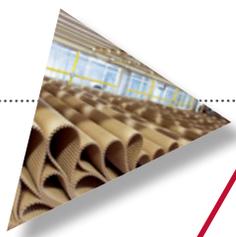
Certaines garanties hors contrat responsable contribuent à l'amélioration des régimes de branche mais avec un reste à charge très différent selon les régimes :

- 80 % des régimes ont choisi de prendre en charge les frais pour une **chambre particulière**, le niveau variant de 15 € à 80 € par jour, pour un coût moyen de 70 €.
- 54 % des régimes qui prennent en charge les frais de **médecine douce** le font avec des niveaux variés (de 50 € à 240 € par an). 13 % remboursent plus de 100 € annuels représentant environ deux consultations /an.
- 50 % des régimes prévoient une prise en charge des frais de **chirurgie optique** mais avec des niveaux très variés (de 50 € à 719 € par œil et par an). Seuls 8 % prennent en charge plus de 360 € pour un coût moyen d'environ 600 €, soit un reste à charge important sur ce poste.
- Un tiers des régimes (33 %) couvrent les **implants dentaires**. Ils offrent des niveaux différents (de 300 € à 654 € par an) sans permettre de couvrir les frais réels, d'environ 1000 € par implant (hors coût des prothèses dentaires).

▼ Constat 4

Les 2 postes Soins de ville et hospitalisation bénéficient d'une bonne prise en charge de la sécurité sociale, ce qui peut expliquer que les branches se contentent généralement du niveau plancher sur ces postes présentant plutôt un faible reste à charge.

- > 79 % des régimes couvrent les consultations des médecins généralistes au niveau du plancher (100 % BR) à hauteur de 25 €.



Portrait Robot du régime Santé «Type»

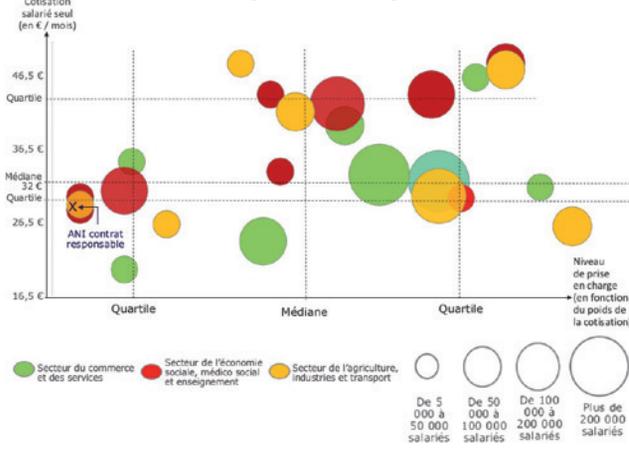
> Pour les **honoraires des chirurgiens**, (sur la base d'un exemple d'une chirurgie du genou), 38 % des régimes couvrent au niveau plancher du contrat responsable, soit 460 € et **62% des régimes prennent en charge le coût moyen estimé à 530 €**.

► Ces constats illustrent une vraie disparité des prestations qui relève du fruit de chaque négociation.

Des niveaux de cotisations hétérogènes

Afin d'avoir une visualisation globale de l'ensemble de ces régimes, une cartographie a été réalisée en positionnant les 24 régimes sur un axe cotisations / prestations. Elle illustre bien la disparité des niveaux de prise en charge décrits dans nos 4 constats ci-dessus.

Une vision globale des régimes Santé



Voir au dos du document la méthodologie utilisée pour réaliser cette cartographie

- On constate une forte hétérogénéité des régimes, avec un rapport de cotisation mini/maxi de 1 à 2,3.
- Quels que soient la taille de la branche et le secteur d'activité, le niveau des prestations des régimes est généralement supérieur au panier de soins de l'ANI. On peut penser que les négociations ont plutôt abouti sur la base d'un panier de soins propre à la branche et correspondant aux garanties envisagées plutôt que sur une approche budgétaire.

► Cette analyse montre que les niveaux de prise en charge et de cotisations des régimes ne répondent pas à des logiques sectorielles ou démographiques, mais sont le fruit des négociations des différents acteurs.

Périmètre		Ensemble des salariés
Nombre d'options		2 options (en complément de la base)
Couverture ayant-droit		Facultative
Prise en charge employeur		50%
Cotisation (salarié seul)		32,40 €

	Garantie prise en charge	Prix moyen observé*	Reste à charge pour l'assuré
Hospitalisation	Honoraires d'un chirurgien (chirurgie du genou)	530 €	
	Chambre particulière (pour 3 jours)	240 € (70 € x 3 j)	CC
Soins de ville	Consultation auprès d'un généraliste	30 €	C
	Consultation auprès d'un spécialiste	50 €	CC
	Médecine douce (par an)	120 €	CCC
	Prothèse auditive	1000 €	CCC
Dentaire	Prothèse dentaire **	540 €	CCC
	Orthodontie (par semestre)	500 €	CC
	Implant	1000 €	CCC
Optique	Équipement de verres simples	340 €	CC
	Équipement de verres complexes	550 €	CC
	Chirurgie de la myopie (par œil)	600 €	CCC

	Pas de reste à charge pour l'assuré		Reste à charge assuré limité (moins de 50 €)
	Reste à charge assuré moyen (entre 51 € et 150 €)		Reste à charge assuré élevé (plus de 151 €)

* prix moyen observé sur toute la France
** couronne

Ce portrait-robot associe les garanties «types» prises en charge par les régimes de branche avec les coûts moyens des dépenses observés en France. Il met en évidence **3 niveaux de reste à charge** pour le salarié avec leurs différentes justifications :

Faible ou nul :

- Lorsque la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale est proche du coût moyen des dépenses de santé avec un taux de remboursement de la sécurité sociale élevé, par exemple 100 % BR, le régime de branche se contentant d'une prise en charge proche du plancher du contrat responsable (consultation d'un médecin généraliste, etc.).

Moyen :

- Lorsque la base de remboursement de la sécurité sociale est plus faible que la dépense de santé, le régime de branche prévoyant alors des prestations plus élevées, par exemple 300% BR (équipement optique, etc.).
- Lorsque les dépenses ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale, le régime de branche proposant des montants forfaitaires qui couvrent ces dépenses, avec un reste à charge < 150 euros (médecine douce, chambre particulière, etc.).

Élevé :

- Lorsque les dépenses ne sont pas remboursées par la sécurité sociale (hors contrat responsable) et ont un coût moyen élevé, le régime pouvant prévoir des prestations sous forme de montants forfaitaires qui compensent une partie réduite de ces frais (chirurgie de la myopie, implants dentaires, etc.).

Zoom Prévoyance

Des disparités entre les régimes qui illustrent une négociation plus libre

Le régime de prévoyance permet d'assurer aux salariés un maintien de revenu en cas d'arrêt de travail, ainsi que des prestations versées à la famille en cas de décès. Ces garanties -sous forme d'indemnités journalières, de rente, de capital- viennent en complément de celles versées par la Sécurité Sociale. Dans le cadre de notre étude, 29 régimes de prévoyance ont été analysés. Leur comparaison a été complexe en raison de leurs différences structurelles (nature des garanties, catégories de salariés couverts, ...) et des spécificités fortes de certaines branches. Par exemple, 3 branches sur 29 ne couvrent pas les cadres, certaines ne concernent que le décès, d'autres intègrent une garantie dépendance ou un capital de fin de carrière. L'analyse a été réalisée en distinguant les principales garanties couvrant le décès et l'incapacité de travail :

LES GARANTIES D'UN RÉGIME PRÉVOYANCE

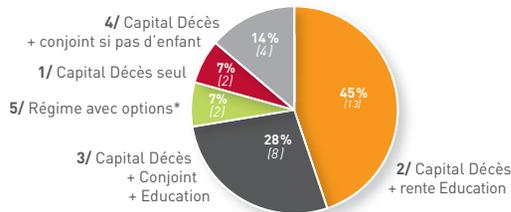
EN CAS DE DECÈS	EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL
Capital décès	Couverture des obligations du maintien de salaire de l'employeur
Rente d'éducation	Relais du maintien de salaire de l'employeur (incapacité temporaire et invalidité)
Rente de conjoint	
Garanties supplémentaires	

GARANTIES DÉCÈS : FORTE DISPARITÉ DANS LES STRUCTURES ET LES NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

Disparité 1

Des structures de garanties différentes selon les branches

- Répartition des branches en fonction de la structure de la garantie décès



- Des garanties supplémentaires complètent ces structures

Double effet	79 % des régimes
Doublement accident	24 % des régimes
Allocation obsèques	52 % des régimes

Voir notre lexique au dos

4 constats

- Pour une grande partie des branches (87 %), le capital décès est couplé avec des rentes d'éducation.
- Lorsqu'elle est envisagée, la rente de conjoint est systématiquement associée à la rente d'éducation, soit en complément (éducation + conjoint), soit en substitution (rente de conjoint si pas d'enfant).
- La garantie double effet est incluse dans la plupart des régimes (79 %).
- La moitié des régimes (52 %) offre une allocation obsèques en plus du capital décès.

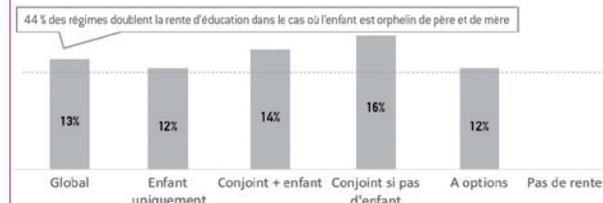
► La priorité des branches est donnée à la protection des enfants. Qu'en est-il des niveaux de garanties ?

Des niveaux de garanties favorables aux enfants

- Le niveau moyen de la rente éducation, entre 12 % et 16 % du salaire brut, est plutôt similaire quelle que soit la structure du régime et les catégories de salariés (cadre / non cadre).

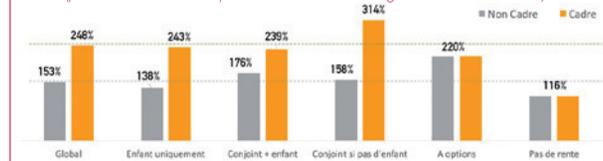
- Lorsqu'on associe une rente de conjoint et une rente d'éducation (14 %), cette dernière n'est pas minorée mais prévoit au contraire une meilleure protection.
- 44 % des régimes doublent la rente d'éducation en cas de décès des 2 parents.

Moyenne rente éducation (pour un enfant de 15 ans en % du salaire brut)
Dispersion entre 8% et 25% / pas de différence forte entre cadre et non cadre



- On constate la même chose sur le capital décès. Pour une structure capital décès + rente conjoint + rente d'éducation, le niveau moyen du capital décès (176 % du salaire brut non cadre) est plus élevé que s'il y a uniquement une rente éducation (138 % du salaire brut non cadre). L'existence de rente de survie ne diminue donc pas le montant des capitaux.

Niveau moyen du capital décès en fonction de la structure des rentes de survie (pour un salarié en couple et sans enfant à charge en % du salaire brut)



► On peut donc en conclure que plus il y a de garanties (rente conjoint + rente d'éducation) qui s'ajoutent au capital décès, plus le niveau de toutes ces prestations est élevé. A l'inverse, s'il y a peu de garanties qui complètent le capital décès, le niveau de celui-ci est assez faible.

Disparité 2

Une distinction de couverture entre les collèges de salariés

- 66 % des branches distinguent le niveau du capital décès selon la catégorie de salariés. En moyenne, le capital décès représente 150 % du salaire brut (T/A) pour les non cadres et 250 % du salaire brut (T/A) pour les cadres. Cette distinction s'explique notamment par l'obligation de cotisation des 1,5 % sur le salaire T/A des cadres qui est intégrée dans la plupart des régimes.

- 34 % des branches n'ont pas fait de distinction entre les salariés.

L'article 7 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 prévoit que les employeurs ont obligation de souscrire une prévoyance pour les cadres et assimilés-cadres. Cette obligation concerne la garantie décès, avec une cotisation à la charge de l'employeur correspondant au moins à 1,50 % de la tranche A du salaire, dans la limite du plafond de la sécurité sociale. En règle générale, le régime conventionnel intègre cette obligation de l'employeur.

3 constats

- 3 branches ne prévoient pas de couverture prévoyance pour les salariés cadres, laissant les entreprises couvrir cette obligation par leurs propres moyens.

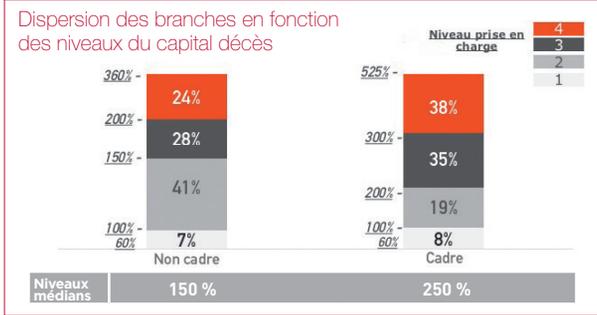
Les 29 branches ont prévu une couverture pour les non cadres.

- Une forte disparité des niveaux de couverture du capital décès selon les branches et les types de salariés :

- Pour les non cadres, de 60 % à 360 % du salaire brut (moyenne de 150 %)
- Pour les cadres, de 60 % à 525 % du salaire brut (moyenne de 250 %).

* dans les régimes avec options, les bénéficiaires ou le salarié choisissent le type de structure (montage) qu'ils souhaitent.

Dispersion des branches en fonction des niveaux du capital décès



- Pour certaines branches, le niveau du capital décès pour un cadre est très en dessous de l'obligation des 1,5 % cadres, estimée à 250 % du salaire brut. Plus de 27 % des régimes sont en dessous de ce niveau de prise en charge. Les entreprises concernées doivent donc compléter ces prestations pour respecter leurs obligations.

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL : DES PRESTATIONS PLUTÔT HOMOGÈNES

En cas d'arrêt de travail, le régime de branche couvre tout ou partie des obligations légales ou conventionnelles de l'employeur, avec des prestations sous forme d'indemnités journalières et de rente d'invalidité.

Une structure de garanties assez uniforme

- > 69 % des régimes interviennent uniquement après le maintien de salaire de l'employeur (20 branches).
- > 31 % des régimes prennent en charge le maintien de salaire obligatoire de l'employeur et le relais (9 branches).

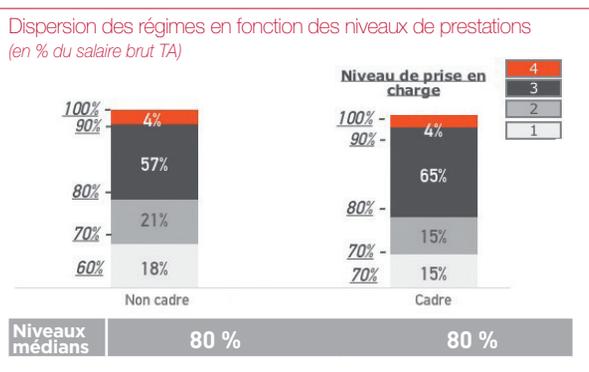
Une franchise en cas d'incapacité de travail plutôt homogène

- > 64 % des régimes interviennent en relais du maintien de salaire obligatoire de l'employeur.
- > 36 % des régimes appliquent une franchise continue (18 %) ou discontinue (18 %) (voir lexique au dos).

Des niveaux de prestations très similaires

- > Le niveau des prestations en cas d'incapacité de travail est relativement homogène au sein des régimes non cadres et cadres :
- 55 % des branches couvrent entre 80 % et 89 % du salaire brut pour les non cadres.
- 64 % offrent une meilleure prise en charge pour les cadres.
- > Le type de franchise n'a pas d'impact sur le niveau du montant des prestations.

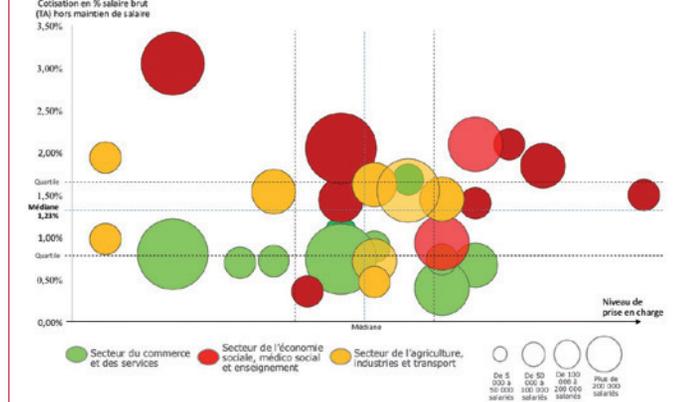
Dispersion des régimes en fonction des niveaux de prestations (en % du salaire brut TA)



Des niveaux de cotisations semblables pour les non cadres

Afin d'avoir une visualisation globale de l'ensemble de ces régimes, une cartographie a été réalisée en positionnant les régimes hors garantie maintien de salaire sur un axe cotisations / prestations.

Une vision globale des régimes Prévoyance non cadre



Voir au dos du document la méthodologie utilisée pour réaliser cette cartographie

- Les niveaux de cotisations répondent plutôt à une logique sectorielle (avec un rapport de 1 à 7) et sans corrélation avec le niveau des prestations très hétérogène au sein de chaque secteur d'activité.
- Parallèlement, la taille de la branche quel que soit le secteur d'activité ne semble pas avoir d'effet sensible sur le rapport cotisations / prestations. Cette représentation graphique bien qu'elle soit le reflet exact des régimes observés à la date de l'étude, doit être nuancée. En effet, l'analyse n'a été effectuée que sur la base des prestations et des cotisations fixées dans les accords sans pouvoir tenir compte des résultats techniques réels de ces régimes. Ainsi, les régimes déficitaires, excédentaires ou encore ceux déstockant des réserves historiques peuvent fausser la représentation.

2 conclusions

- > L'hétérogénéité des niveaux de prise en charge montre que les régimes sont le fruit de négociations libres et non encadrées. Parallèlement, la comparaison des niveaux de prestations par garantie au sein de chaque régime montre que les décideurs dans les branches ont rarement fait des arbitrages entre les garanties du régime : les régimes les plus complets en nombre de garanties ont bien souvent les niveaux de prestation les plus élevés.
- > Au niveau des cotisations, on voit tout de même qu'à l'exception de certaines branches un budget moyen se dégage selon les secteurs ou activités.

Ce portrait-robot est illustratif et ne reflète pas les différences observées parmi les régimes analysés.

Portrait Robot du régime Prévoyance «Type»



Une méthodologie ad hoc

SANTÉ

Tous les régimes ont été notés grâce à une évaluation de chaque garantie qui les compose :

- ▶ Un coefficient a été attribué à chaque garantie en fonction de son niveau de prise en charge (**faible : 1, moyen : 2, élevé : 3**), les valeurs extrêmes ayant été écartées.
- ▶ Le poids de la garantie par rapport à la cotisation a été également calculé (les honoraires d'hospitalisation pèsent 17 % de la cotisation par exemple).

Chaque garantie est ainsi notée en multipliant ces 2 données (1 x 17).

Pour comparer les cotisations, leur structure doit être la même. Le comparatif a été réalisé pour un salarié seul et un calcul a permis de décomposer les cotisations famille.

PRÉVOYANCE

Une base de comparaison définie

Afin de pouvoir comparer les régimes, il est nécessaire d'avoir des bases communes pour les prises en charge :

- ▶ Expression en % de salaire brut
- ▶ Prise en compte du % TA uniquement
- ▶ Si majoration en cas d'enfants, prise en compte de la majoration
- ▶ Pas de prise en compte des majorations arrêt de travail et maladie professionnelle

Lexique

- **Garantie double effet** : capital doublé versé aux enfants restant à charge si le conjoint de l'assuré décède dans un certain délai après l'assuré.
- **Garantie doublement accident** : capital doublé versé en cas d'accident provoquant le décès de l'assuré, une perte totale et irréversible d'autonomie ou une invalidité permanente et totale.
- **Garantie allocation obsèques** : paiement d'une allocation en cas de décès de l'assuré pour rembourser tout ou partie des frais de ses obsèques.
- **Rente orphelin** : versement d'une pension aux enfants à charge de l'assuré si celui-ci décède et laisse les enfants orphelins père et mère.
- **Franchise continue** : nombre de jours d'arrêt de travail continu au-delà duquel la prestation est versée.
- **Franchise discontinue** : nombre de jours cumulés sur un arrêt de travail ou plusieurs après lesquels la garantie commence à être payée.

Notre équipe de spécialistes à votre service

Un service unique

Adéis est le groupement assurantiel de protection sociale, porteur du « Développement des accords de branche » d'Apicil Prévoyance, d'Humanis Prévoyance et de l'Ipsec. Une mise en commun souhaitée pour mettre à disposition des branches professionnelles une équipe de spécialistes de la couverture sociale conventionnelle.

Une vocation exclusive

Pour permettre à chaque branche professionnelle d'envisager sa protection sociale avec sérénité et efficacité, Adéis met à sa disposition un interlocuteur unique qui répond à l'ensemble de ses requêtes :

- une même interface pour l'ensemble des métiers de la protection sociale (prévoyance, santé, épargne salariale, retraite supplémentaire),
- une connaissance parfaite de la négociation collective de la protection sociale,
- une maîtrise de l'environnement juridique et fiscal/social,
- une organisation par secteur d'activité,
- un seul centre de gestion par accord.

Une ambition partagée

La démarche d'Adéis peut se résumer en 5 points :

- œuvrer pour une protection sociale complémentaire de qualité pour tous,
- être proche des partenaires sociaux et de leurs besoins,
- apporter des solutions d'assurance et de gestion adaptées,
- garantir la meilleure efficacité des dispositifs collectifs mis en place.
- proposer des services innovants dans le cadre de la prévention.

Un accompagnement permanent

A toutes les étapes de la mise en place d'un accord de branche, les professionnels d'Adéis sont présents pour vous accompagner :

- **avant l'accord**, notre intervenant est force de proposition concernant les garanties, les prestations de solidarité, les obligations légales à respecter...
- **pendant la mise en place**, il assure la mise en gestion de l'accord, le suivi de l'organisation des campagnes d'information...
- **après l'accord**, il présente les comptes de résultats, assure le suivi de l'accord et réagit à ses évolutions, en restant bien sûr votre interlocuteur privilégié.

adeis-branches.fr

