

## La complémentaire santé pour tous

Fiche pratique à l'usage des représentants des salariés

GS Social

www.syndex.fr / 01 44 79 13 00 / contact@syndex.fr

Février 2016

Instituée par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, la complémentaire santé obligatoire pour tous les salariés du secteur privé est effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Les interrogations, voire les inquiétudes, sont nombreuses en raison de la complexité du sujet et de l'avalanche réglementaire. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, en particulier, a aménagé les dispenses d'adhésion et a créé un dispositif de couverture pour les salariés précaires.

Nombre d'accords ou des décisions unilatérales de l'employeur (DUE) devront être repris pour des questions de conformité juridique, aussi les représentants des salariés ont-ils intérêt à se saisir ou à se ressaisir du sujet. Qu'il soit ancien et bénéficiant encore d'une période transitoire ou qu'il soit nouvellement mis en place, chaque régime de santé est une architecture élaborée par les partenaires sociaux ou décidée par l'employeur seul. Comment s'y prendre ? Quels sont les piliers de cette architecture ? Quelles sont les questions les plus fréquentes posées aux représentants des salariés ? Quel est le rôle des exonérations fiscales et sociales ?

### Règles incontournables et questions à se poser

Lors de la mise en place ou de la modification d'un régime de protection sociale complémentaire, l'employeur doit s'assurer que l'entreprise pourra bénéficier et faire bénéficier ses salariés d'un traitement fiscal et social privilégié. À cette fin, il devra :

- formaliser la mise en place du régime par un acte juridique spécifique (décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord d'entreprise) ;
- informer les salariés ;
- respecter le caractère collectif et obligatoire ;
- souscrire un contrat d'assurance dont le contenu doit respecter le « panier minimum ANI » et la réglementation des « contrats responsables ».

L'architecture qui sera adoptée découlera des réponses apportées aux neuf grandes questions ci-contre.

#### Architecture et questions à se poser avant tout autre chose

##### 1) Collectif : les garanties doivent-elles être identiques pour tous ?

Que recouvre la notion de catégories objectives ?  
Les garanties sont-elles identiques pour tous ?

##### 2) Obligatoire : peut-on refuser d'adhérer ?

Quelles sont les possibilités de dispense d'adhésion ? Que faire en cas d'employeurs multiples ou de contrats à temps très partiel ?

##### 3) Qui peut en bénéficier ?

Le salarié seul ou les salariés et ses ayants droit ?  
Enfants ? Conjoints ? Adhésion obligatoire ou facultative ?

##### 4) Quel type de cotisation ?

Participation identique, ou non, pour tous, en fonction de la situation familiale ?

##### 5) Quelle cotisation ?

Comment calculer la cotisation : forfait en % du PMSS, en % des salaires ?

##### 6) Quelles sont les garanties ?

Quelle analyse des besoins ? Quelles contraintes faut-il respecter pour le panier de soins minimum ?  
Et pour le contrat responsable ?

##### 7) Quelle est la participation minimale de l'employeur ?

50% du panier de soins ? 50% de la couverture obligatoire mise en place ?

##### 8) Quels services associés ?

Service d'assistance, réseau des soins, tiers payant, e-santé, prévention ? Si réseau il y a, faut-il obligatoirement l'utiliser ? Quels sont les avantages et les inconvénients ?

##### 9) Quel est le rôle des accords de branche ? Peut-on choisir librement son organisme assureur ?

Quels opérateurs choisir ? Comment ?

## 1 Régime collectif, mais pas forcément unique

La législation permet l'existence de deux catégories objectives de personnel, voire davantage, au grand dam des représentants du personnel qui auraient souhaité en finir avec ces traitements différenciés en matière de santé. La notion de « catégories objectives » est définie par décret, la plus courante étant celles de cadres et non-cadres. Or, en la matière, il s'agit en réalité de « salariés adhérant à l'AGIRC » et les « autres salariés ». Ainsi un agent de maîtrise peut, par sa convention collective ou par son contrat de travail, adhérer à l'AGIRC, la caisse de retraite dite des cadres créée en 1947.

## 2 Adhésion est obligatoire et cas de dispense

Si l'adhésion est obligatoire, il existe des cas de dispenses prévus par la réglementation, tout récemment modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016.

Avant la LFSS 2016, et à l'exception des DUE mettant en place un régime, les possibilités de dispenses devaient figurer obligatoirement dans l'accord afin de ne pas exposer l'entreprise à un risque de redressement URSSAF. Désormais certaines dispenses, mais pas toutes, sont devenues « de droit ». Par exemple, les salariés ou ayants droit déjà couverts à titre obligatoire peuvent demander une dispense d'adhésion même si l'acte juridique du régime est muet à ce sujet. En revanche, les cas de dispenses d'adhésion pour les CDD ou les contrats de mission devront être prévus dans l'acte juridique.

Nous vous conseillons de consulter la [circulaire de l'ACOSS](#) ou encore l'article « [Peut-on refuser la complémentaire santé \(mutuelle\) de son entreprise](#) », qui expliquent différents cas de figure.

À noter qu'il s'agit toujours d'une faculté de dispense accordée aux salariés. À eux d'en faire la demande et de présenter les justificatifs. L'employeur ne peut en aucun cas l'imposer. Un formulaire-type pour la demande de dispense d'adhésion sera bientôt disponible.

### Salariés multi-employeurs

La généralisation de la complémentaire santé est difficile à appliquer en cas de multi-employeurs ou de contrats de très courte durée. En conséquence, la LFSS 2016 a instauré une faculté de dispense de plein droit au bénéfice de ces derniers et en instituant une aide individuelle au financement de leur complémentaire santé, encore appelée « chèque santé » versée

par l'employeur. Cette aide doit être représentative du coût qu'aurait supporté l'employeur si le salarié avait adhéré au régime obligatoire.

Même s'il va dans le bon sens, ce dispositif a été fraîchement accueilli en raison de sa complexité et du risque de déstabilisation de certains accords de branche déjà signés. Le décret du 30 décembre 2015 précise les seuils permettant aux accords de branche ou d'entreprise de faire bénéficier aux salariés précaires, en contrats courts ou à temps très partiel, un chèque santé. Sont concernés les contrats de 3 mois au plus et les temps partiel de 15 heures au maximum. Une circulaire questions-réponses du 29/12/2015 a été publiée avec des exemples pratiques.

### Nouveaux embauchés (clause d'ancienneté)

Pour les nouveaux embauchés, à partir de quel moment faut-il les faire adhérer ? Il y a un conflit de textes en la matière : la réglementation sociale (code de la SS) admet une ancienneté de 6 mois, mais la loi impose une complémentaire santé pour tous les salariés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016. La circulaire du 29/12/2015 semble trancher : le risque ne serait que prud'homal.

## 3 Quels bénéficiaires ?

La législation impose une couverture pour le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux et/ou l'employeur peuvent décider d'étendre le bénéfice aux ayants droit (enfants, conjoints...). Il n'existe pas de définition légale de la notion d'ayants droit. Celle-ci doit être obligatoirement précisée dans l'acte juridique.

## 4 Cotisation unique ou en fonction de la situation familiale ?

En cas de couverture des ayants droit, deux modalités peuvent alors être prévues : une adhésion obligatoire des ayants droit avec participation financière de l'employeur ou une couverture facultative sans participation de l'employeur.

L'obligation d'adhésion des ayants droit suscite de nombreuses questions, en particulier lorsque ceux-ci sont par ailleurs couverts pour les mêmes garanties. Il faut alors s'interroger sur les possibilités de dispenses d'adhésion (cf. point 2). Il est également possible de fixer une cotisation unique, quelle que soit la situation familiale.

## 5 Comment calculer la cotisation ?

La tendance des organismes assureurs est de proposer une cotisation forfaitaire, en pourcentage du plafond

mensuel de Sécurité sociale (PMSS), plus facile à gérer et à tarifier. Toutefois, la cotisation peut également s'exprimer en pourcentage des salaires ; des informations supplémentaires sont alors nécessaires pour que l'organisme assureur puisse procéder à des simulations.

## 6 Quelles garanties ?

Garanties de base, options et sur-complémentaires ? Comment s'y retrouver ?

Il y a, d'une part, les contraintes réglementaires (panier de soins et contrats responsables) à respecter et, de l'autre, l'architecture choisie pour la couverture d'entreprise. Il importe donc de bien situer les marges de manœuvre lors des négociations.

La loi prévoit un « [panier de soins minimum](#) dit ANI ». Les conventions ou accords collectifs de branche peuvent définir un panier de soins minimal plus avantageux pour les salariés que le minimum légal ci-dessus. Dans ce cas, le régime d'entreprise doit absolument se conformer, a minima, à la convention ou accord de branche applicable.

Par ailleurs, la notion de « contrat responsable », qui existe depuis 2004, a considérablement évolué en 2014, avec l'introduction des plafonds pour les honoraires et des couloirs de remboursements pour l'optique (voir [ici](#)). La grande nouveauté est la segmentation du corps médical en deux catégories : ceux ayant adhéré au contrat d'accès aux soins et les autres. Or les remboursements des honoraires sont strictement contenus pour les non-signataires. L'information des assurés en général est aujourd'hui très défailante sur ce point, au risque, pour les salariés, de découvrir qu'ils ne sont pas suffisamment couverts en matière de dépassements d'honoraires de médecins spécialistes et chirurgiens.

L'architecture du régime peut par ailleurs comporter un régime obligatoire pour tous (salariés et/ou ayants droit) accompagné d'options qui amélioreront la couverture, le tout constituant un régime collectif. L'employeur participe a minima à hauteur de 50% du régime obligatoire (parfois appelé « base » ou « socle »), tandis que les options sont facultatives et le delta de la cotisation pris en charge à 100% par les salariés. L'ensemble, base et options, doit être « responsable » afin de pouvoir bénéficier des exonérations fiscales et sociales et d'un taux minoré de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), sorte de TVA des contrats d'assurance.

Viennent parfois s'ajouter des « sur-complémentaires » en dehors du régime collectif, notamment lorsque les garanties mises en place sont minimales. Les salariés,

qui parfois étaient mieux couverts à titre individuel, sont alors tentés de souscrire ces assurances plus coûteuses proposées quasi systématiquement par l'organisme assureur choisi.

## 7 Sur quoi porte l'obligation de financement patronal à 50 % ?

Cette question a suscité nombre d'interrogations en 2014 et 2015. Certains accords, de branche ou d'entreprise, prévoient une participation calculée en fonction du coût estimé du panier de soins minimum ou bien une participation à 50% uniquement pour le salarié, et inférieure à 50% pour la partie relative aux ayants droit à adhésion obligatoire.

La LFSS 2016 a tranché : l'employeur doit financer a minima 50 % de la couverture santé, quelle que soit l'étendue des garanties. L'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale a été modifié à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Toutefois le défaut de financement de l'employeur ne constitue pas un motif de redressement URSSAF, généralement dissuasif pour les entreprises. La sanction relèvera éventuellement de l'inspection du travail, qui pourra décider ou pas de sanctionner l'entreprise, et/ou d'un contentieux prud'homal avec le salarié.

## 8 Services associés : faut-il passer par le réseau de soins de l'assureur ?

Aujourd'hui, les complémentaires santé d'entreprise ne se conçoivent plus sans un certain nombre de services associés : réseaux de soins, tiers payant pour certaines dépenses (en attendant la généralisation du tiers payant), assistance dans certains cas (aide-ménagère et autres), prévention, programmes d'e-santé pour les plus innovants.

Compte tenu des remboursements très limités en matière d'équipements optiques et auditifs, les réseaux de soins ont un rôle décisif en matière de pouvoir d'achat. Les grands opérateurs, quelle que soit la famille à laquelle ils appartiennent (mutuelle, institution de prévoyance ou compagnie d'assurance) ont créé des réseaux ouverts à des professionnels qui choisissent librement d'y adhérer moyennant des engagements tarifaires et de services.

Le fonctionnement de ces réseaux est désormais cadré par la loi Leroux. Les conventions signées entre les organismes assureurs et les participants à ces réseaux ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au libre choix du professionnel de santé, au principe d'égalité et de proximité de l'accès aux soins pour les médecins et dentistes. Par ailleurs, les conventions

tarifaires ne concernent que les professions de santé pour lesquelles la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, c'est-à-dire les chirurgiens-dentistes, les opticiens et les audioprothésistes.

Les salariés sont donc libres d'utiliser ou pas les services proposés par le réseau (un opticien agréé par exemple). En règle générale, les tarifs étant négociés, les conditions sont très avantageuses diminuant ainsi le reste à charge pour les salariés. Le taux d'utilisation de ces réseaux ne cesse de grimper, et la réforme des contrats responsables va dans le sens d'un renforcement de ces réseaux.

### 9 **Quel est le rôle des accords de branche ? Peut-on choisir librement son organisme assureur ?**

En matière de protection sociale complémentaire, la prise en compte de la hiérarchie des normes, à savoir l'articulation entre la loi, les accords de branche et les régimes d'entreprise, est incontournable mais souvent méconnue. Il faut donc obligatoirement s'interroger sur les dispositions des accords de branche, dont certains ont été signés très tardivement en raison du retard dans la parution des textes légaux. L'architecture retenue pour l'entreprise ne peut pas être en contradiction avec les dispositions de l'accord de branche applicable à l'entreprise.

Les accords de branche signés peuvent être plus ou moins contraignants, sans pouvoir toutefois imposer

un organisme assureur en raison de la fin des clauses de désignation (décision du conseil constitutionnel de juin 2013). Après avoir suivi la nouvelle procédure légale, certains accords peuvent « recommander » un ou plusieurs organismes assureurs, avec la création d'un mécanisme de solidarité financé par une cotisation spécifique de 2%. Il y a donc désormais liberté de choix pour l'organisme assureur au sein des deux familles : les mutuelles et les institutions de prévoyance, sans but lucratif, ou les compagnies d'assurance.

Toutefois, la liberté de choix s'arrête là : en présence d'un accord de branche applicable à tous (après extension) le régime l'entreprise devra s'y conformer sur tous les autres points, en particulier le périmètre des garanties (couverture des enfants à titre obligatoire par exemple) et l'étendue et articulation des garanties (base au-delà du minima, options à proposer dans le cadre du contrat responsable...).

### **En guise de conclusion**

Le sujet est vaste et certains points n'ont pas été abordés dans le cadre de cette fiche. En particulier le rôle essentiel des IRP dans le choix du régime ou encore leur rôle dans la gouvernance et le pilotage de ceux-ci. Faut-il toujours consulter le CE avant la mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire ? Après la loi Rebsamen, comment se dérouleront les négociations en la matière ? Que peuvent faire les IRP si le régime existant ne convient pas ou s'il n'est pas conforme à l'accord de branche ? Ce sera l'objet d'une prochaine fiche car le sujet est et restera d'actualité...

**UN EXPERT  
ENGAGÉ  
AUPRÈS DES  
COMITÉS  
D'ENTREPRISE  
ET DES CHSCT**

## **SYNDEX...**

Une Scop de 450 collaborateurs engagés au seul service des représentants des salariés. Plus de 40 ans d'expérience dans l'expertise et le conseil aux IRP. Syndex est présent à Paris, dans 17 bureaux régionaux et 6 bureaux en Europe.

#### **Directeur de la publication**

*Jean-François Poupard*

#### **Ont contribué à ce numéro**

*G. Akaishi*

*Y. Martin*

*Pôle Édition*

#### **En savoir plus sur nos travaux**

[www.syndex.fr](http://www.syndex.fr)

**et nous contacter**

[contact@syndex.fr](mailto:contact@syndex.fr)



**Fondation d'Entreprise Syndex**