

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE OBLIGATOIRE

VERSION ACTUALISÉE

Note juridique/RH

Février 2016

Principes directeurs

Depuis le 1^{er} janvier 2016, une couverture complémentaire santé collective (mutuelle d'entreprise) doit être proposée par l'employeur à tous ses salariés, en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

L'employeur doit opérer cette mise en œuvre selon les modalités prévues à l'article [L 911-1 Css](#), soit : accord d'entreprise, référendum majoritaire des salariés et décision unilatérale de l'employeur.

La contrepartie de cette obligation pour l'employeur correspond à une **exonération de cotisations sociales sur les contributions patronales finançant les prestations de prévoyance complémentaire ou de retraite supplémentaire.**

Cette exclusion de l'assiette de cotisations sociales n'est possible que **si les garanties souscrites revêtent un caractère obligatoire** pour les salariés, et **collectif**, c'est à dire bénéficiant à l'ensemble des salariés ou une partie d'entre eux (« catégorie objective ») avec un taux ou montant de contribution patronale uniforme ([art R 242-1-1 et suivants Css](#)). La couverture frais de santé doit aussi être conforme aux contrats responsables ([art R 871-1 et R 871-2 du Css](#)) et au panier minimal de soin¹ (PMS) précisé à l'article [D 911-1 CSS](#).

NOTA : Les personnels bénéficiant d'un Contrat d'Engagement Educatif (CEE) doivent être considérés comme salariés et être couverts par le régime frais de santé à caractère obligatoire et collectif (sauf cas de dispense prévu) ; ces derniers ne peuvent par ailleurs pas constituer une « catégorie objective », l'article R 242-1-1 Css interdisant de prendre en compte les critères du temps de travail et/ou la nature du contrat.

En tout état de cause, les garanties proposées ne peuvent être inférieures au PMS conventionnel, lorsqu'il existe.

La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié) et est intégrée dans le revenu imposable du salarié.

Enfin, la complémentaire santé doit **intégrer la portabilité** pour les salariés sortants de l'entreprise ([art L 911-8 Css](#)) : sous certaines conditions et dans la limite de 12 mois suivant la rupture du contrat de travail.

II : Couverture obligatoire et collective :

Le principe est que, dès lors qu'un salarié est lié par contrat de travail, il est couvert par la complémentaire santé mise en place par l'entreprise, sauf à demander lui-même de bénéficier d'un des cas de dispense prévus par :

- **la loi ([Art R 242-1-6 Css](#)),**
- **l'acte fondateur (Accord, DUE).**

¹ **Décret 2014-1025 du 8 septembre 2014** relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

En application de la LFSS pour 2016, un décret du 30 décembre 2015 dresse la liste des **dispenses d'adhésion** qui n'auront pas besoin d'être reprises textuellement dans l'acte fondateur pour être ouvertes au salarié qui en remplit les conditions, elles sont reprises à l'article D 911-7 Css. et sont donc « **de droit** » (*mises en valeur dans le tableau ci après*).

Ce même décret définit les conditions de versement d'un « **chèque santé** » destiné au financement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel pour certains salariés précaires (Cf. Infra.).

La Direction de la sécurité sociale a produit un Q°/Rep daté du 29 décembre 2015 précisant ces nouvelles mesures.

Cas de dispense ²	Régime mis en place par DUE	Quel que soit le mode de mise en place	Conditions
Salarié présent lors de la mise en place du régime par DUE ³	✓		Aucune, pas besoin de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD ou contrats de mission dont la durée est inférieure au seuil de 3 mois (Art L 911-7-1 Css et D 911-6 Css).		✓	Justifier d'une couverture complémentaire santé respectant les conditions du contrat responsable, possibilité de bénéficier du « <u>chèque santé</u> » Cf. Infra
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois		✓	Justifier annuellement par écrit d'une couverture souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission inférieur à 12 mois		✓	En principe aucune. <i>Cependant, la CCN Animation ne distinguant pas selon la durée des CDD, un justificatif serait donc toujours requis pour cette dispense</i>
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute		✓	Aucune.
Salariés bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à la complémentaire santé (ACS)		✓	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de la CMUC ou ACS à fournir annuellement.

² Hormis le premier cas de dispense listé, les cas de dispense d'affiliation s'appliquent quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés.

³ Ce cas de dispense ne nécessite pas de figurer dans l'acte interne mettant en place le régime si celui-ci prévoit une cotisation à la charge du salarié (application article 11 loi n°89-1009) ; en revanche, si la cotisation est uniquement patronale, ce cas de dispense doit figurer dans ledit acte.

Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, et ce jusqu'à son échéance.		✓	La dispense d'affiliation <u>est effective jusqu'à échéance du contrat individuel</u> . Attestation d'assurance indiquant la date d'échéance à fournir. Attention : cas de dispense temporaire, sans fondement au 1^{er} janvier 2017
Salariés bénéficiant au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective de frais de santé conforme à l'arrêté du 26 mars 2012 : dispositif collectif et obligatoire « privé », contrat d'assurance de groupe dit « Madelin », régime local d'Alsace-Moselle, mutuelle « fonction publique ».		✓	Justificatif à fournir chaque année par le salarié.

En résumé, le contrat de couverture collective complémentaire doit remplir les conditions suivantes :

- Il est **prévu pour l'ensemble des salariés et leurs ayants droit, ou pour une ou plusieurs catégories d'entre eux**.
Ces catégories doivent être définies à partir de **critères objectifs, généraux et impersonnels**, la [circulaire ministérielle N°DSS/SD5B/2013/344](#) donne des précisions utiles sur ce point.
- **le contrat souscrit est obligatoire pour les salariés, sauf dans certains cas de dispense** qui sont encadrés.

ATTENTION : Depuis 1^{er} janvier 2016, les garanties du panier minimal de soins doivent bénéficier à l'ensemble des salariés liés par contrat de travail, **aucun salarié ne peut être exclu de ces garanties au titre d'une clause d'ancienneté⁴**.

NOTA : Une clause d'ancienneté de 12 mois maximum reste autorisée uniquement pour la retraite supplémentaire et la prévoyance lourde (Art R 242-1-2, 4°Css).

- C'est lorsque le cas est prévu et que l'initiative vient du salarié que la dispense peut jouer. Les salariés intéressés doivent demander, **par écrit, auprès de leur employeur**, leur dispense d'adhésion au régime et produire **tout justificatif requis** (que ce soit pour les salariés en cours de contrat au 1er janvier 2016 comme pour les nouvelles embauches). Cette demande doit être **faite dans les 30 jours, soit suivant l'embauche, soit suivant le changement de situation, soit suivant la mise en place du régime selon le cas**. Les **justificatifs de la dispense** doivent être **produits et renouvelés chaque année** par le salarié dans tous les cas, l'employeur doit pouvoir en justifier à son tour.

NOTA : tous les salariés sont concernés par la couverture complémentaire d'entreprise, **les fonctionnaires détachés ou mis à disposition doivent souscrire au contrat santé de la**

⁴ Lettre Circulaire ACOSS du 12 août 2015, n° 20150000045

structure qui accueille si l'employeur verse une rémunération en plus de leur traitement, à moins de justifier d'un des cas de dispense précités.

- L'employeur doit bien sûr veiller à couvrir chacun de ses salariés ou à disposer des éléments **justificatifs adéquats de dispense**, mais il a également dans ce cadre **une obligation d'information renforcée** vis-à-vis de ses salariés. Le décret 2014-786 du 8 juillet 2014 prévoit en effet que **l'employeur doit informer le salarié des conséquences de son choix** et que **la demande de dispense du salarié comporte la preuve de cette information.**

La LFSS pour 2016 précitée a créé un nouvel article L 911-7-1 du Css qui prévoit le versement par l'employeur d'une **somme dédiée pour les salariés précaires ayant fait valoir une faculté de dispense** (CDD, Contrats de mission, contrats très temps partiels). Le décret du 30 décembre 2015 susvisé a fixé ses modalités de calcul :

Chèque santé

=

Contribution mensuelle de l'employeur (aussi appelée « montant de référence » qui correspond à la contribution que l'employeur verse pour la catégorie à laquelle appartient le salarié) **multiplié par un coefficient** de :

- **105%** pour les salariés bénéficiant d'un CDI à temps partiel
- **125%** pour les salariés bénéficiant d'un CDD ou contrat de mission.

A défaut de montant identifiable, le montant de référence du chèque santé est fixé à 15€ au prorata temporis de la durée du contrat ou du temps de travail (5€ pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime Alsace Moselle).

La LFSS 2016 prévoit également au 1er janvier 2017 la création de contrats complémentaires santé « labellisés » pour les personnes de 65 ans et plus.

III : Niveau de couverture

Le contrat souscrit par l'entreprise auprès d'un organisme assureur ou mutualiste habilité doit répondre du caractère « **responsable** » au sens entendu par les textes (art R 871-1 et - 2 du Css) ; le droit à une exonération de charges sociales est ainsi ouvert à condition de respecter certaines règles sur les garanties offertes.

Les organismes assureurs ont **l'obligation de couvrir le panier minimal de soin** prévu par les textes, tout en respectant certains plafonds de couverture ou encore certaines interdictions de prises en charge.

IV : Choix de l'organisme assureur

Les branches professionnelles ont entendu recommander certains organismes assureurs ou mutualistes sans que cette désignation ne revête systématiquement un caractère obligatoire :

- **Branche l'Animation** : les partenaires sociaux ont recommandé les organismes groupement MUTEX, UMANENS (la mutuelle familiale) et HUMANIS Prévoyance au travers d'un avenant (AVENANT à la CCN n° 154 du 19 mai 2015). Cette

recommandation a pour objectif d'assurer une bonne mutualisation de la couverture santé au niveau de la branche mais ne contraint pas les employeurs à choisir les organismes visés.

- **Branche Tourisme Social et Familial** : HUMANIS et les mutuelles coordonnées par MUTEX que sont ADREA, APREVA, EOVI Mutuelle, HARMONIE mutuelle, OCIANE (AVENANT n°3 du 19 mars 2013).

NOTA : Malgré la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013⁵ reconnaissant les « *clauses de désignation* » comme contraires à la Constitution et les censurant, la Cour de cassation a réhabilité temporairement celles qui étaient préexistantes dans les accords de branche⁶.

- Les entreprises de la branche TSF restent donc contraintes d'adhérer à l'un des organismes « désignés », et ce jusqu'au 19 mars 2018 ou, si elle est postérieure, jusqu'à échéance des contrats les liants à ces organismes.

ATTENTION : les entreprises entrant dans le champ d'application d'un accord portant clause de désignation recevable – *signés avant le 16 juin 2013 = date de publication de la DC du Conseil constitutionnel* – ont l'obligation d'y adhérer, même si elles ont déjà contracté avec un autre organisme car dans le cas contraire, une régularisation de l'adhésion et de paiement d'un rappel de cotisation pourra être demandée par l'organisme assureur « lésé ».

- **Branche Sport** : B2V prévoyance/Allianz, MUTEX et UMANENS (ACCORD signé en date du 6/11/2015).



- **Le cadre construit autour de la complémentaire santé d'entreprise est évidemment à respecter sous tous ses aspects, un redressement de l'URSSAF peut être enclenché dans le cas contraire !**

⁵ Conseil Constl, DC n° 2013-672 du 13 juin 2013

⁶ Cass. Soc 11 février 2015, n° 14-13.538