L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La loi du 14 juin 2013 impose qu'au plus tard le 1er janvier 2016, tous les salariés soient couverts par une complémentaire santé. Les CE sont consultés sur la mise en place ou la modification d'un contrat collectif de complémentaire maladie. Quel est le rôle exact du CE ?

Plus la sécu recule, plus la complémentaire santé avance

↗ PRÉSENTATION

Créée par une loi d'octobre 1945, la sécurité sociale a fait l'objet de mesures d'intervention du parlement ou du gouvernement dès 1967. Depuis cette date, les déficits annoncés ont entrainé une réduction des remboursements et prises en charge. Ces réductions ont entrainé mécaniquement une augmentation de la prise en charge des contrats de complémentaire maladie et donc des cotisations à la charge des adhérents de ces contrats complémentaires.

Ces dernières années, les réductions de remboursement de la sécurité sociale ont été telles que les contrats de complémentaire santé sont devenus de lourdes questions financières pour les salariés. Cette situation a exacerbé le débat et dans la continuité de l'ANI du 11 janvier 2013, la loi du 14 juin 2013 a confirmé que tous les salariés seront obligatoirement couverts le 1er janvier 2016 au plus tard.

• Mutuelle ou complémentaire santé ?

Beaucoup disent «mutuelle» pour désigner une «complémentaire santé». Les prestataires peuvent, effectivement, être des mutuelles, mais aussi des assureurs ou des organismes de prévoyance.

Le code de la sécurité sociale n'utilise que le terme de « prévoyance » pour désigner autant la complémentaire maladie que la prévoyance elle-même (indemnités journalières en cas de maladie, capital décès, etc. Voir le chapitre suivant). Les règles légales que nous évoquerons ci-après sont donc les mêmes pour la complémentaire santé et la prévoyance. Quand il y a des plafonds à ne pas dépasser indiqués dans le code de la sécurité sociale, il convient d'additionner les deux types de subvention pour savoir si on dépasse ou non le plafond.

LES POINTS CLÉS

« Le comité d'entreprise est informé et consulté préalablement à la mise en place d'une garantie collective mentionnée à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale ou à la modification de celle-ci. » (Code du travail R.2323-1)

« Les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 ont notamment pour objet de prévoir, au profit des salariés, des anciens salariés et de 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. » (Code de la sécurité sociale L.911-2)

• Le contrat doit-il être à adhésion obligatoire ?

Quand un contrat collectif est subventionné dans l'entreprise et pour que cette subvention ne soit pas soumise à toutes les charges sociales (salariales et patronales) et fiscales (impôt sur le revenu), il faut que l'adhésion des salariés au contrat soit collective et obligatoire. Peu importe que la subvention accordée au salarié soit versée par l'employeur, le comité d'entreprise ou les deux. Cette règle est en place depuis le 1er janvier 2005 pour tout nouveau contrat collectif et depuis le 1ier janvier 2009 pour les contrats collectifs mis en place avant 2005 et dont l'adhésion était facultative. A partir du 1ier janvier 2016, il n'y aura plus aucun contrat à adhésion facultative.

• Qu'est-ce qu'un contrat collectif ?

Jusqu'au 1ier janvier 2016, un contrat de frais de santé subventionné peut ne concerner qu'une catégorie de salariés. A partir du 1ier janvier 2016, tous les salariés devront être couverts.

Le caractère collectif du contrat est une des conditions pour que la subvention versée au salarié ne soit pas considérée comme un salaire soumis à toutes les charges sociales et fiscales.

Si le contrat ne touche qu'une catégorie de salariés, cette catégorie doit être « objective ». Ouvriers, employés, agents de maitrise, ingénieurs et cadres : catégories définies par le code du travail et les conventions collectives.

→ « A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé. » (Code de la sécurité sociale L.911-1)

• Qui peut décider de mettre en place un contrat à adhésion obligatoire ?

La loi prévoit trois modalités de mise en place :

- Accord collectif entre employeur et syndicat (ou comité d'entreprise en l'absence de syndicat dans une entreprise de moins de 200 salariés). Ces accords doivent être signés au niveau de l'entreprise et non au niveau d'un établissement,
- Référendum proposé par l'employeur. Attention ce référendum doit recueillir la majorité des intéressés et non seulement la majorité des votants.
- Décision unilatérale du chef d'entreprise matérialisée par un écrit remis à chaque salarié concerné.

L'employeur ne peut pas procéder au référendum ou à la décision unilatérale avant d'avoir ouvert une négociation avec les syndicats représentatifs de l'entreprise. C'est seulement en cas d'échec de cette négociation qu'il pourra passer, au choix, à un référendum ou à la décision unilatérale.

Dans les faits, quand l'employeur envisage de mettre en place un tel contrat, notamment quand il est aussi destiné aux non cadres, c'est qu'il en a discuté avec les représentants du personnel.

Le 1er janvier 2016, si aucun accord de branche, de groupe ou d'entreprise n'est venu définir les conditions d'une complémentaire santé à adhésion obligatoire, l'employeur sera tenu de la mettre en place par une décision unilatérale.

• Subvention minimum et maximum

Jusqu'au 1er janvier 2016, la participation financière de l'employeur ne fait pas l'objet d'un minimum obligatoire. Dans les faits il est rare que l'employeur participe à moins de 20 % à de tels contrats.

L'employeur peut prendre en charge 100 % de la cotisation de complémentaire maladie.

Le code de la sécurité sociale (D242-1) prévoit un plafond de subvention de l'employeur (y compris la subvention éventuelle du comité) pour la complémentaire maladie et la prévoyance additionnées ainsi calculé :

- 6 % du plafond annuel de la sécurité sociale. 6 % de 37 548 € en 2014, soit 2253 €.
- Auquel s'ajoute 1,5 % de la rémunération annuelle. 432 € sur la base du salarie moyen français.
- Sans que le total ne dépasse 12 % du plafond SS annuel. Soit 4506 € en 2014.

Pour trouver des salariés qui perçoivent une subvention pour la complémentaire maladie additionnée à la prévoyance d'un montant annuel supérieur à 2000 €, voire à 4000 €, il faut bien

chercher... donc, dans la grande majorité des cas, le plafond est loin d'être atteint.
A partir du 1ier janvier 2016, l'employeur sera obligé de prendre en charge 50 % au minimum de la complémentaire santé.

• Un complément de rémunération sans charges ?
La subvention perçue par le salarié n'est pas totalement exonérée de charges.
Le salarié paye la CSG et la CRDS sur la subvention de complémentaire maladie et de prévoyance, qu'elle soit versée par l'employeur ou le comité d'entreprise. Soit, en 2013 : 8 % du montant perçu de subvention. Par contre, le salarié est exonéré d'impôt sur le revenu pour la part obligatoire qu'il verse.
L'employeur verse une « taxe prévoyance » de 8 % de la subvention y compris pour la subvention de que verse le comité (code de la sécurité sociale L137- et L137-2).
Cela représente tout de même près de 16 % de cotisations sociales, ce qui fait beaucoup moins que les 80 à 95 % de cotisations sociales (salariales + patronales) calculées sur le salaire brut.

• Un salarié peut-il refuser d'adhérer au contrat de complémentaire maladie ?
Hors certains cas spécifiques (portabilité et licenciement notamment) deux cas de figure se présentent.
Premièrement, au moment de la mise en place du contrat, un salarié ne peut refuser l'adhésion que pour deux raisons :
- Le contrat est mis en place par une décision unilatérale de l'employeur (article 11 de la Loi Evin du 31 décembre 1989).
- Il apporte la preuve qu'il est déjà couvert par le contrat à adhésion obligatoire de son conjoint. Il confirmera cette situation chaque année. Cette possibilité doit être prévue expressément par le contrat.
Deuxièmement, à l'embauche, le salarié peut différer son adhésion pendant un an au plus. Cette possibilité doit être prévue par le contrat de l'entreprise d'accueil.
Quand deux conjoints ont dans chacune de leurs entreprises respectives un contrat obligatoire qui oblige les conjoints à adhérer, l'un des deux peut refuser d'adhérer.

Les salariés à employeurs multiples couverts chez un autre employeur peuvent aussi être exonérés d'adhésion obligatoire. Il en est de même pour les salariés à temps partiel pour peu d'heures (dès que la cotisation représente 10 % de leur rémunération).

• La subvention peut- elle être différente selon la composition familiale ?
Le contrat de complémentaire santé ou de prévoyance à adhésion obligatoire peut prévoir une subvention différente pour un salarié seul, un salarié + conjoint ou un salarié + conjoint + enfants.
Pour que ces subventions différentes ne soient pas soumises à toutes les charges sociales, il faut que l'adhésion du conjoint ou du conjoint et des enfants soit elle-même obligatoire.
Quand un couple travaille dans la même entreprise et si le contrat prévoit l'obligation d'adhésion du conjoint, l'un est affilié tandis que l'autre est ayant droit.

• Le rescrit social
En 2005, le code de la sécurité sociale a créé le principe du « rescrit social ». Ce principe permet à l'employeur d'interroger l'URSSAF dont il dépend pour vérifier si le contrat de prévoyance et/ou de complémentaire santé qu'il envisage de mettre en place dans son entreprise est conforme aux règles. Cela permet de sécuriser les contrats au moment de leur mise en place. La réponse de l'URSSAF est opposable et l'engage en cas de contrôle.

• Comment choisir le prestataire ?
Il n'est pas possible de comparer les rapports qualité/prix des contrats proposés par divers prestataires sans disposer d'un expert en la matière : un « actuaire ». Ce métier consiste à indiquer quel est le risque potentiel pout telle ou telle prestation et donc son coût en matière de remboursement. Exemple : un français sur deux environ porte des lunettes, toute prise en charge monture/verres coûtera une cotisation de 50 % du montant garanti. Pour calculer cela, il n'y a pas besoin d'un actuaire. Mais la question est en fait plus complexe : quelle est la pyramide des âges du groupe à couvrir ? Si le nombre de plus de 40 ans est important les verres vont coûter plus chers, compte tenu du développement de la presbytie à partir de cet âge là. Seul un actuaire permet d'apporter l'information indépendante pour évaluer le coût potentiel d'une prestation.
Dans tous les cas de figure, un appel d'offre régulier permet de mettre en concurrence les organismes de complémentaire santé. Le contrat couvrant les salariés à titre obligatoire doit contenir une clause indiquant la périodicité d'un appel d'offre. Cette périodicité ne peut dépasser 5 ans (code de la sécurité sociale L912-2).
Cet appel d'offre est de toute façon une nécessité absolue. C'est la condition sine qua non pour vérifier, à garanties équivalentes, que l'organisme titulaire du contrat reste compétitif.

• La consultation du comité d'entreprise
Même si le contrat groupe de complémentaire santé est géré par l'employeur, le comité d'entreprise est obligatoirement consulté avant toute décision de mise en place ou de modification du contrat comme du choix ou de changement de prestataire.
Le comité peut organiser une enquête afin de mieux connaitre les attentes des salariés et leur appréciation du contrat en cours. Au moment de la mise en place du contrat, une telle enquête permet de vérifier si de nombreux salariés sont déjà couverts par la complémentaire santé de leur conjoint elle-même obligatoire.
Chaque année, le prestataire doit fournir les statistiques de consommation du groupe de salariés couverts par le contrat de complémentaire santé. Le comité d'entreprise doit recevoir ces informations et les analyser.
Si celles-ci indiquent une consommation médicale révélatrice de problèmes de santé, le comité doit en informer le CHSCT. Ceci afin que le CHSCT analyse les causes éventuellement professionnelles de ces consommations médicales en relation avec le rapport annuel du médecin du travail.
Le comité peut être amené à alerter les salariés sur des consommations excessives qui risquent d'entrainer une augmentation des cotisations, voire un refus du prestataire de continuer à couvrir le groupe.
Le comité d'entreprise peut recourir à un actuaire pour en avoir le cœur net sur des conflits liés au coût de certaines prestations. Dans ce cas, il comptabilisera les honoraires sur son budget de fonctionnement. ▪