

 **Entoria**

Livre blanc

Santé et Prévoyance
Collectives
2024 – 2025



Sommaire

Edito de Valentin Laqueste et Thierry Rogez

01	Chiffres-clés	6-9
02	Fondamentaux	10-47
03	Vie du contrat	48-71
04	Actualités	72-78

Notre credo, c'est l'expertise

TA/TB/TC, isolé/duo/famille, PMSS, BR, OPTAM/non OPTAM, 1,5% cadres, flux Noémie, DSN...

Dans le monde de l'assurance, les collectives représentent un domaine à part avec son langage et ses usages spécifiques. Pour les courtiers spécialisés, l'univers est familier, mais cela peut sembler hermétique pour les généralistes. Cependant, cette complexité apparente cache en réalité une matière relativement simple à appréhender. L'investissement en vaut la peine pour le courtier de proximité et les raisons ne manquent pas.

Les assurances collectives constituent d'abord un marché profond. En ce qui concerne la santé, le marché est désormais mature depuis la généralisation de la complémentaire santé avec l'ANI. En prévoyance, la situation est similaire, bien qu'il n'y ait pas encore d'obligation d'équipement en dehors des cadres (mais c'est un serpent de mer législatif qui finira par arriver !). De plus, les primes sont basées sur la masse salariale des entreprises et peuvent rapidement devenir très conséquentes. Le niveau de commissionnement, souvent moitié moins élevé que sur le TNS ou l'IARD, est ici fortement compensé par un effet volume.

Ce marché a été très dynamique au cours des dix dernières années. Entre 2015 et 2020, la croissance a été stimulée par l'ANI, qui a largement contribué à l'équipement des entreprises non couvertes. Depuis 2020 et la période Covid, la forte progression de la consommation en santé et en prévoyance, ainsi que les transferts de charge progressifs du régime obligatoire vers les complémentaires santé, ont alimenté une politique tarifaire soutenue. Cette inflation subie, combinée aux politiques tarifaires fluctuantes de certains

acteurs, dynamise le marché chaque année au cours du dernier trimestre, période où tout se joue.



Thierry Rogez
Directeur du Développement

La branche collective présente par ailleurs un taux de résiliation relativement maîtrisable, car lié à deux principaux facteurs sur lesquels le courtier peut agir s'il sélectionne ses fournisseurs avec discernement. Le premier facteur est la qualité de la gestion, qui est le juge de paix sur ce marché. La prévoyance, avec les arrêts de travail, et surtout la santé, avec le remboursement des soins, présentent des risques de fréquence élevée. Une bonne qualité de gestion dans un marché de fréquence constitue donc un prérequis de pérennité. Le deuxième facteur est le tarif. Une politique tarifaire maîtrisée, offrant des possibilités de défense des contrats rentables, permet également de limiter les résiliations.

Enfin, les assurances collectives constituent une clé de multi-équipement naturelle, et donc un facteur de sécurisation de la relation client, pour ceux qui s'intéressent à la cible des dirigeants et de leurs entreprises. Sur ce marché, la complexité apparente justifie l'intermédiation et en fait une chasse relativement gardée du courtage par rapport aux réseaux salariés généralistes et aux pure players.

Les assurances collectives méritent donc qu'on s'y intéresse ! C'est l'objectif de ce livre blanc : offrir au courtier un outil de travail quotidien, un mémo utile et directement opérationnel. Dans les pages qui suivent, vous ne trouverez pas d'opinions ni de plans sur la comète, mais du concret ! Les courtiers ou agents généraux éloignés de ce domaine y trouveront les principaux repères pour s'y aventurer sereinement. Les spécialistes pourront y conforter leurs acquis et aller plus loin grâce à des points techniques adaptés.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.



Valentin Laqueste
Directeur des Offres, du Marketing et
du Digital

Plafond de Sécurité sociale 2024

Mensuel (PMSS)	3 864 €
Annuel (PASS)	46 368 €

La couverture des Français en santé et prévoyance

	Part des Français couverts par une complémentaire (individuelle ou collective)	Part des salariés couverts en collectif ⁽³⁾	Part des entreprises proposant un contrat collectif ⁽⁴⁾
Santé	96 % ⁽¹⁾	88 % 82 % des salariés sont couverts par la complémentaire santé collective de leur entreprise, et 6 % par celle de leur conjoint	90 %
Prévoyance	62 % ⁽²⁾	75 % sont couverts par au moins une garantie de prévoyance : incapacité, invalidité, décès	94 % proposent au moins une garantie de prévoyance : incapacité, invalidité, décès

(1) IRDES, données 2019 ; (2) Baromètre de L'Observatoire de l'imprévoyance, données 2023 ; (3) Source : Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), données 2023 ; (4) Source : CTIP, données 2023

Chiffres-clés CCN

En 2021, 18,5 millions⁽⁵⁾ de salariés étaient couverts par une convention collective nationale (CCN).

Top 5 CCN par nombre de salariés couverts

Nom CCN (IDCC)	Nombre de salariés
Bureaux d'études techniques et sociétés de conseils (Syntec), IDCC 1486	1 237 620
Transports routiers et activités auxiliaires du transport, IDCC 16	844 420
Commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire, IDCC 2216	763 440
Hôtels, cafés, restaurants (HCR), IDCC 1979	755 840
Entreprises de propreté, IDCC 3043	558 160
TOTAL	4 159 480

Top 5 par nombre d'entreprises rattachées

Nom CCN (IDCC)	Nombre d'entreprises
Ouvriers des entreprises du bâtiment de moins de 10 salariés, IDCC 1596	124 243
Hôtels, cafés, restaurants (HCR), IDCC 1979	117 999
Bureaux d'études techniques et sociétés de conseils (Syntec), IDCC 1486	109 496
Services de l'automobile, IDCC 1090	69 846
Gardiens d'immeubles, IDCC 1597	51 891
TOTAL	473 475

(5) Source : Dares, données 2021

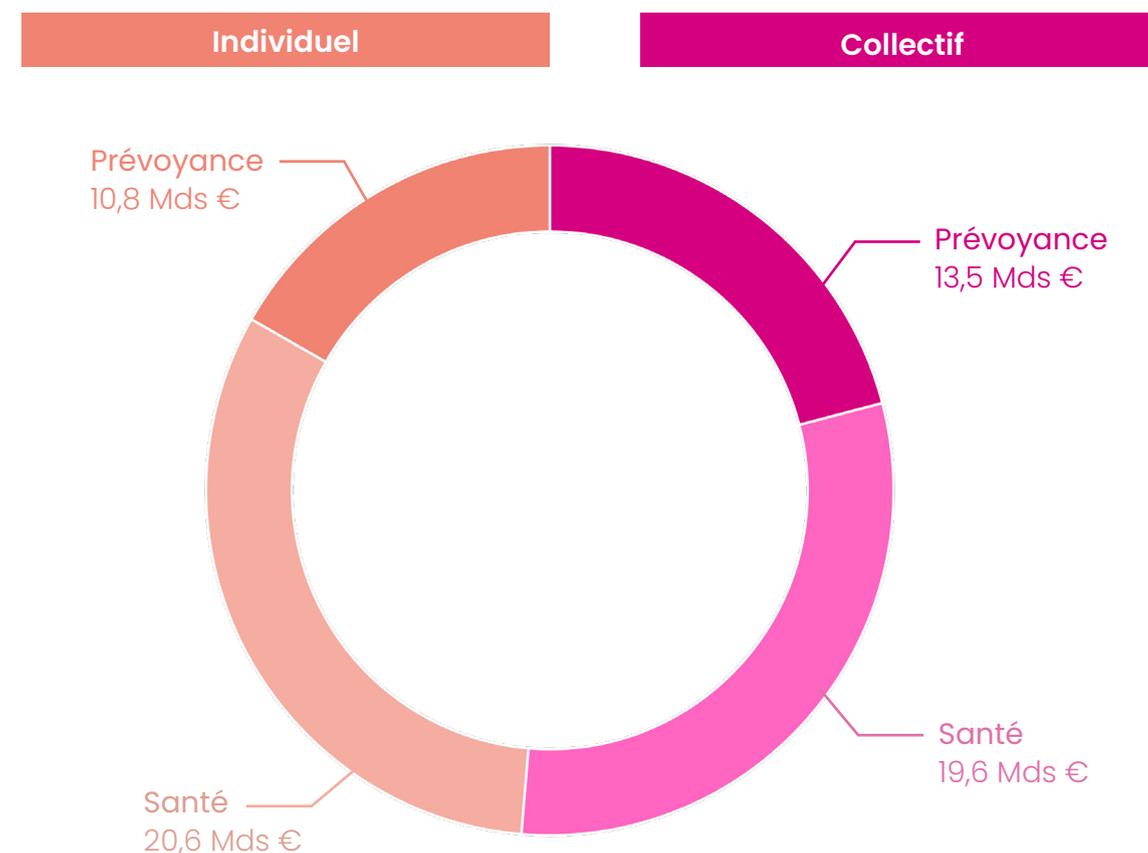
Le cas des entreprises avec un effectif d'une seule personne

L'idée d'une entreprise avec un seul salarié peut paraître contre intuitive mais constitue une réalité. En effet plusieurs cas peuvent être relevés, notamment :

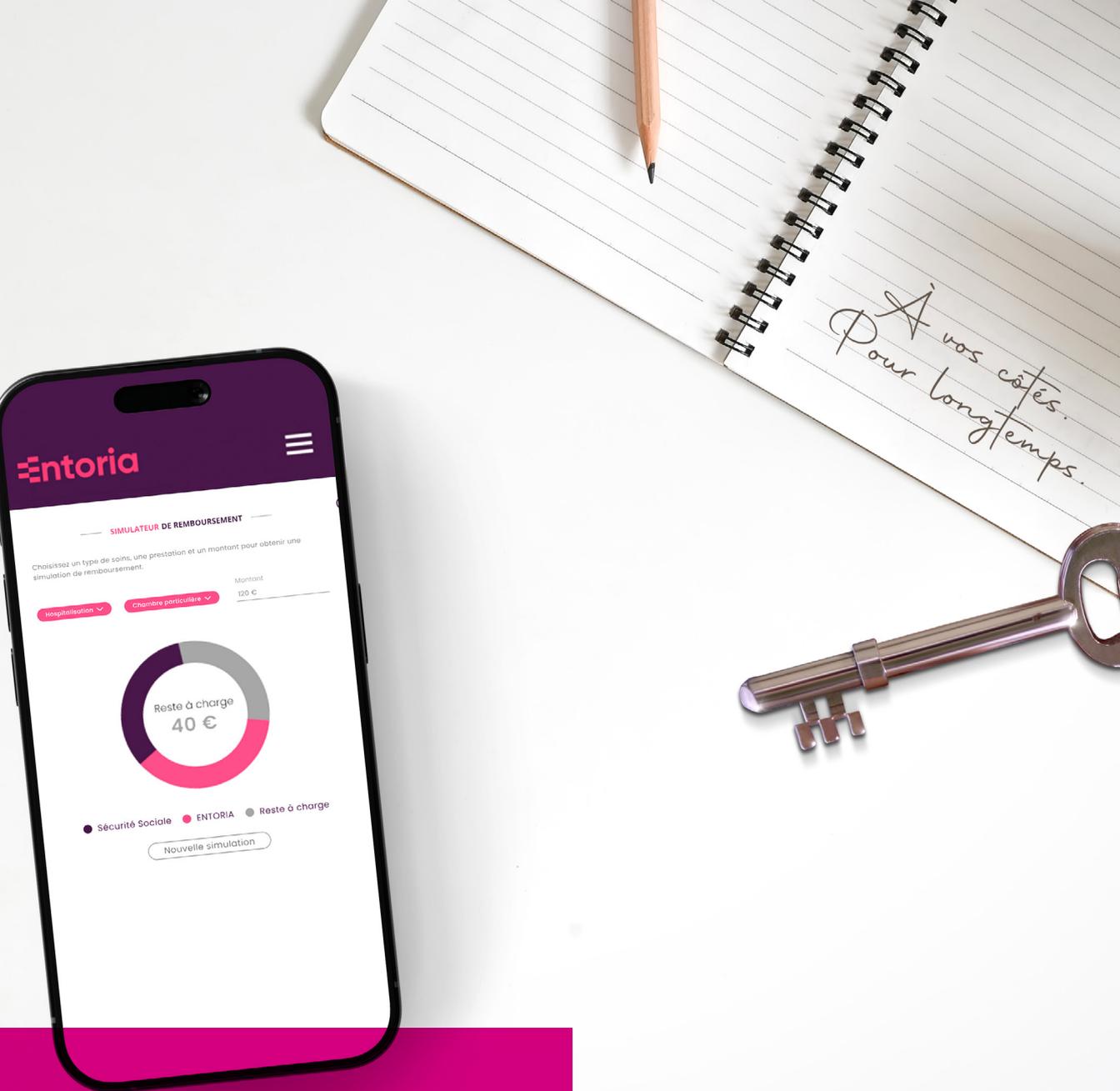
- Un président de SAS qui a une fiche de paie : il va se couvrir seul ;
- Un TNS, qui va se couvrir sous ce statut, qui emploie un seul salarié : il doit couvrir son salarié avec un contrat collectif. Ce contrat pourra s'élargir au fur et à mesure de la croissance de l'entreprise.

La part du marché collectif en santé/prévoyance en France

Le marché collectif représente un peu plus de 56% des cotisations du marché total en santé/prévoyance⁽⁶⁾



(6) Cotisations du marché en Assurance de personnes ; Source : France Assureurs



02

Fondamentaux

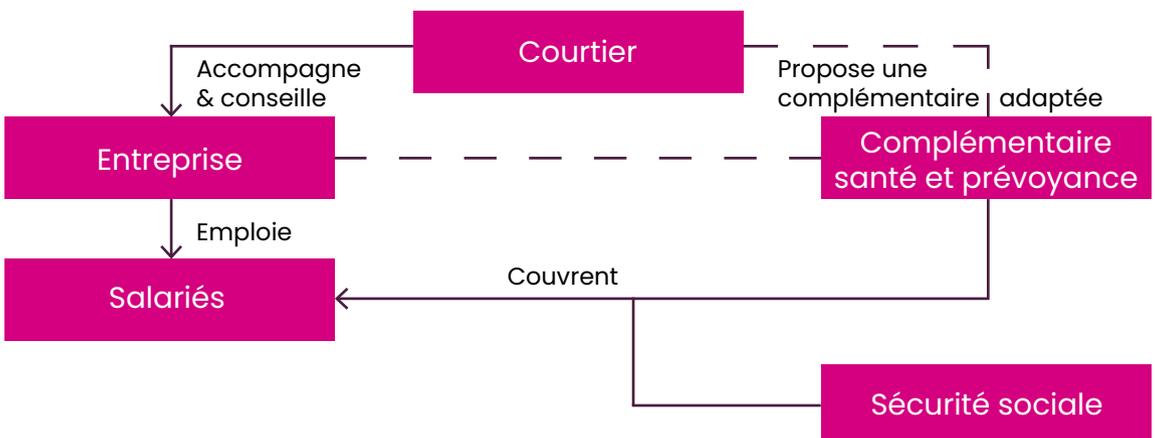
Sommaire

- 01** Quelle articulation entre la Sécurité sociale et la complémentaire ? 12-15
- 02** Quelles sont les garanties en santé et en prévoyance collective ? 16-18
- 03** Comment lire un tableau de garanties ? 19-22
- 04** Quelles sont les obligations propres au collectif ? 23-31
- 05** Quels sont les avantages pour l'entreprise et les salariés ? 32-36
- 06** Quels sont les critères de tarification des contrats collectifs ? 37-40
- 07** Qu'est-ce qu'une Convention Collective Nationale ? 41-42
- 08** Comment proposer une offre conforme à une CCN et quels sont les risques ? 43-46

La protection sociale en France est assurée par plusieurs organismes, notamment :

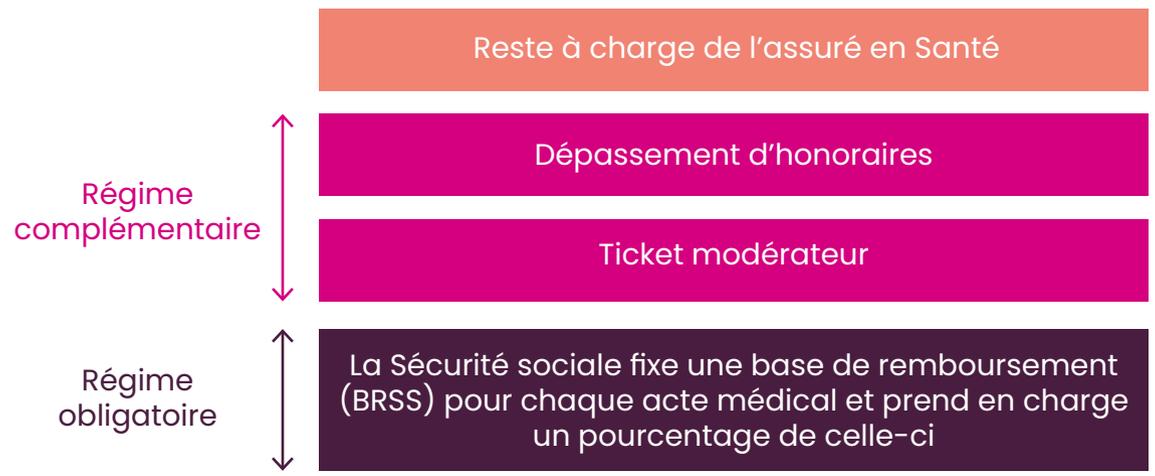
- La **Sécurité sociale** qui fournit la couverture de base de certains risques (maladie, maternité, invalidité, décès, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse...);
- Les **organismes complémentaires** (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance) qui offrent une couverture supplémentaire aux risques pris en charge par la Sécurité sociale. Pour la complémentaire santé, on parle souvent de « mutuelle » dans le langage courant.

Quels liens entre tous les acteurs de protection sociale en entreprise ?



Le risque santé

En cas de maladie ou accident, la Sécurité sociale ne couvre qu'une partie des dépenses en santé. Le contrat de complémentaire santé permet de pallier ces faiblesses.



 **Lexique : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)**
 Pour connaître le niveau de remboursement de chaque garantie, il faut se référer au contrat. Les assureurs expriment généralement le niveau de remboursement des garanties en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Mais il peut aussi l'être sous la forme d'un forfait ou montant en euros notamment pour les actes non remboursés par la Sécurité Sociale comme les médecines douces.

 Pour bien comprendre, pour chaque acte médical, la Sécurité sociale détermine une base de remboursement, la BRSS. C'est-à-dire un tarif qui sert de base de calcul pour le remboursement de l'assuré.

Aujourd'hui, la loi impose à toute entreprise du secteur privé, quel que soit son secteur d'activité, de mettre en place une complémentaire santé collective au profit de ses salariés et de prendre en charge la cotisation à hauteur d'au moins 50%. Les accords de branche peuvent également prévoir des obligations supplémentaires que doivent respecter les entreprises.

 Les **conventions collectives** et les **accords de branche** sont conclus à l'issue de négociations entre les organisations syndicales représentatives de salariés et une ou plusieurs organisations d'employeurs. Ces conventions et accords déterminent leur champ d'application professionnel et territorial (national, régional, ou local). La **convention collective** traite de l'ensemble des conditions d'emploi, de formation professionnelle ainsi que les garanties sociales alors que l'**accord** traite uniquement un ou plusieurs sujets de cet ensemble.

 > Voir article : **Qu'est-ce qu'une Convention Collective Nationale ?**

Cette couverture complémentaire santé obligatoire permet notamment à l'assuré de :

- Bénéficier d'un remboursement total ou partiel de ses dépenses de santé et ainsi limiter son reste à charge ;
- Profiter d'une participation aux actes non remboursés par la Sécurité sociale : implants dentaires, dépassements d'honoraires (sous certaines conditions), médecines douces (ostéopathie, acupuncture...);

- Eviter d'avancer certains frais grâce au tiers payant. Ce dernier permet en effet de ne pas avoir à avancer la part des soins remboursée par la Sécurité sociale et la part de la complémentaire ;
- Profiter d'une participation de l'entreprise dans le financement de cette couverture.

Le risque prévoyance

La prévoyance permet de couvrir les risques lourds, à savoir, de manière générale, l'incapacité, l'invalidité et le décès.

La Sécurité sociale verse aux salariés des prestations particulièrement faibles :

- En cas d'arrêt de travail (incapacité), le salarié perçoit une indemnité qui correspond seulement à la moitié de son salaire, limité à 1,8 x SMIC ;
- En cas d'invalidité, les indemnités sont là aussi très faibles : suivant les catégories d'invalidité, la rente peut représenter pour la 1^{ère} catégorie uniquement 30 % du salaire (plafonné au montant du PMSS soit une pension maximale de 1 159,20 € par mois) ;
- En cas de décès, il perçoit une somme forfaitaire faible (aujourd'hui inférieure à 4 000 €).

Face aux carences de la Sécurité sociale dans la couverture de ces risques, l'entreprise joue un rôle primordial.

La prévoyance complémentaire est obligatoire pour les salariés cadres. L'entreprise est donc tenue de mettre en place un contrat de prévoyance pour ces derniers (obligation minimale du « 1,50 % patronal » et éventuellement obligation conventionnelle).

> Voir article : Quelles sont les obligations propres aux contrats collectifs ?

Elle est également obligatoire pour les salariés non-cadres si une convention collective ou un accord de branche le prévoit. Dans tous les autres cas, elle est facultative. ■



Les obligations internes et externes de l'entreprise en santé et prévoyance

En matière de santé et de prévoyance collectives, l'employeur est tenu par des obligations externes découlant de :

- La loi (par exemple, la loi sur la généralisation de la complémentaire santé) ;
- D'accords nationaux interprofessionnels (par exemple l'ANI prévoyance des cadres)
- D'éventuels accords de branche sur la santé et/ou la prévoyance complémentaire.

> Voir article : Quelles sont les grandes étapes d'une adhésion à un contrat collectif ?

A défaut d'obligation externe, ou pour améliorer ces couvertures, l'employeur peut mettre en place un régime obligatoire adapté à son entreprise, par :

- Décision unilatérale (DUE) ;
- Accord collectif d'entreprise ;
- Ou encore accord référendaire.

> Voir article : Quelles sont les grandes étapes d'une adhésion à un contrat collectif ?

Les garanties en santé et prévoyance collectives peuvent être très différentes selon le contrat souscrit. Les assureurs proposent généralement un large panel de produits permettant de répondre au mieux aux besoins et contraintes de chaque entreprise.

Santé collective

Une complémentaire santé collective permet au salarié d'accéder à une meilleure prise en charge de ses frais de santé. Selon les garanties souscrites, le contrat peut prévoir un remboursement plus ou moins important sur :

- Les **frais d'hospitalisation** : forfait journalier, honoraires des praticiens, chambre particulière, lit d'accompagnant, etc. ;
- Les **soins courants** : consultations chez le médecin généraliste / spécialiste ou un auxiliaire médical, médicaments, analyses et examens de laboratoire, imagerie médicale (radio, échographie, scanner, IRM, etc.), appareillage et accessoires médicaux etc. ;
- Le **dentaire** : soins dentaires, prothèses, implantologie, orthodontie etc. ;
- L'**optique** : lunettes, lentilles correctrices, chirurgie réfractive, etc. ;
- Les **aides auditives** : appareillages, prothèses, etc. ;
- Certains **actes non remboursés par la Sécurité sociale** : médecines douces, cure thermale, certains médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, etc.

Les garanties santé sont assez réglementées. Pour se différencier, les complémentaires santé proposent de nombreux services annexes dont certains sont désormais une norme tels que :

- L'assistance en cas de maladie ou d'accident, notamment service d'aide à domicile, services de livraison de courses ou de portage de repas, solution de garde à domicile des enfants et animaux, aide à la scolarité pour les enfants, rapatriement ;
- L'accès à un réseau de soins, c'est-à-dire à un regroupement de professionnels de santé ayant adhéré à un partenariat avec un organisme de complémentaire santé (Carte Blanche, Itelis, Kalixia, Santéclair et Sévéane constituent les principaux réseaux de soins). Cela permet à l'assuré de bénéficier notamment :
 - De tarifs préférentiels pour des actes et soins peu remboursés par la Sécurité sociale (notamment en dentaire, optique et audioprothèses) ;
 - D'un tiers-payant systématique auprès des professionnels de santé partenaires ;
- La téléconsultation.

Enfin, de nombreux contrats offrent la possibilité au salarié d'étendre sa couverture à sa famille (le(s) enfant(s) et/ou le conjoint).

Prévoyance collective

La prévoyance collective couvre 3 principaux types de risques : l'incapacité de travail, l'invalidité et le décès. Là encore, elle vient compléter la couverture de base apportée par la Sécurité sociale.

L'incapacité de travail et l'invalidité

En cas d'incapacité temporaire, ou d'invalidité partielle ou totale, le salarié peut bénéficier d'une indemnité destinée à compenser sa perte de revenus. Il peut s'agir :

- **D'indemnités journalières (IJ)** en cas d'arrêt de travail lié à une maladie ou un accident (incapacité). Ces IJ viennent compléter celles de la Sécurité sociale et éventuellement une indemnité complémentaire versée par l'employeur ;
- D'une **rente** en cas d'invalidité. Elle vient compléter la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale.

Le décès

La garantie décès permet de protéger financièrement les proches du salarié s'il venait à décéder. Selon le contrat souscrit, le salarié bénéficiera d'une ou plusieurs garanties décès, à savoir :

- Un **capital décès** : somme versée en une seule fois au profit du ou des bénéficiaires ;
- Une **rente de conjoint** : somme versée au conjoint survivant. Elle peut être viagère (versée périodiquement jusqu'au décès du conjoint) ou temporaire (versée pour une période donnée) ;
- Une **rente d'éducation** : somme versée de façon périodique aux enfants à charge jusqu'à leur indépendance (18 ans minimum ou plus en cas d'études, de recherche du premier emploi...) ;
- Une **rente d'orphelin** : somme versée aux enfants à charge en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint survivant. En principe versée sous forme de rente viagère, cette somme peut aussi l'être sous forme de capital.

Le contrat peut aussi prévoir des garanties encore plus étendues et notamment proposer :

- Le versement d'une somme pour couvrir les **frais d'obsèques** de l'assuré (ou éventuellement d'un membre de sa famille) ;
- Une **majoration du capital décès** en cas de mort accidentelle ou en fonction de la situation familiale de l'assuré ;
- Une **rente handicap** par enfant en situation de handicap au moment du décès ;
- Le versement d'un capital aux enfants à charge en cas de décès du conjoint survivant (**garantie « double effet »**).

Outre ces garanties annexes au capital décès, le contrat peut également prévoir des **prestations d'assistance**.

A noter : certains contrats prévoient que le capital décès peut être versé par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré. Ce versement met généralement fin au versement des rentes d'invalidité.



Attention – Comme tout contrat d'assurance, les contrats de prévoyance collectifs comportent des exclusions de garanties, c'est-à-dire que certaines situations et/ou risques ne sont pas couverts par le contrat. Les exclusions sont précisées dans les conditions générales du contrat.

Même si elles varient d'un contrat à un autre, de manière assez courante, on retrouve :

- Les exclusions liées aux événements extérieurs : faits de guerre (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme ou de sabotage, explosion nucléaire, etc. ;
- Les exclusions liées au comportement de l'assuré : délit, crime, tentative d'escroquerie, etc. Par exemple, en cas d'accident survenant sous l'emprise d'un taux d'alcoolémie élevé ;
- Le suicide (au cours de la 1^{ère} année d'assurance) ;
- Les exclusions liées à la pratique d'un sport dangereux : alpinisme sans guide, ski extrême, spéléologie, parapente, parachute ascensionnel, saut à l'élastique, plongée en solitaire, etc. ;
- Les exclusions pour certaines pathologies : affections psychiatriques et psychiques, grossesse pathologique, affections disco vertébrales, lombalgies, etc. ;
- Les exclusions territoriales : par exemple, en cas de longs déplacements à l'étranger.

Deux exemples en santé

Exemple 1 : prise en charge d'une consultation simple

La BRSS pour une consultation chez un médecin généraliste est fixée à 26,50 € (30 euros fin 2024). La Sécurité sociale applique à cette base un taux, qui est de 70 %. Ce taux détermine le montant remboursé par la Sécurité sociale, à savoir ici 18,55 € (moins 2 € de participation forfaitaire*).

Les 30 % restants sont ce que l'on appelle le ticket modérateur. Autrement dit, ce qu'il reste à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale. Soit, 7,95 € dans l'exemple (+ 2 € au titre de la participation forfaitaire).

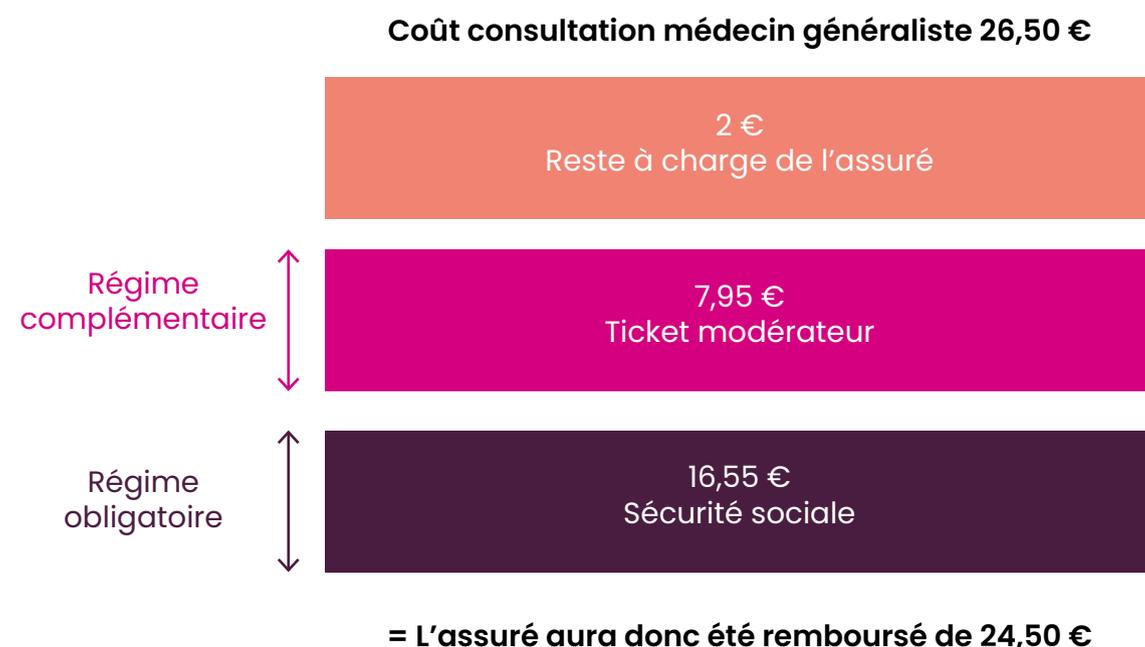
Le contrat santé responsable prévoit une prise en charge à hauteur de 100 % de la BRSS, cela implique qu'il couvre l'intégralité du ticket modérateur (ici 7,95 €).

Le coût de la consultation d'un médecin généraliste s'élève à 26,50 €.

L'assuré aura donc été remboursé de :

- 16,55 € par la Sécurité sociale (18,55 € - 2 € de participation forfaitaire) ;
- 7,95 € par sa complémentaire santé ;
- Soit 24,50 € au total.

**La participation forfaitaire est une somme qui reste à la charge de l'assuré. Cette contribution obligatoire, destinée à responsabiliser l'assuré et à limiter les déficits de la Sécurité sociale, est déduite systématiquement des remboursements effectués par cette dernière. Les complémentaires santé dites « responsables » n'ont pas le droit de rembourser ce reste à charge.*



Exemple 2: prise en charge d'une consultation avec dépassement d'honoraires

La BRSS pour une consultation chez un médecin spécialiste avec des honoraires libres adhérent OPTAM est fixée à 26,50 €. Imaginons que la complémentaire santé couvre ce type de soin à hauteur de 200% BRSS (inclus le remboursement de la Sécurité sociale) comme présenté dans l'extrait de tableau de garanties ci-dessous :

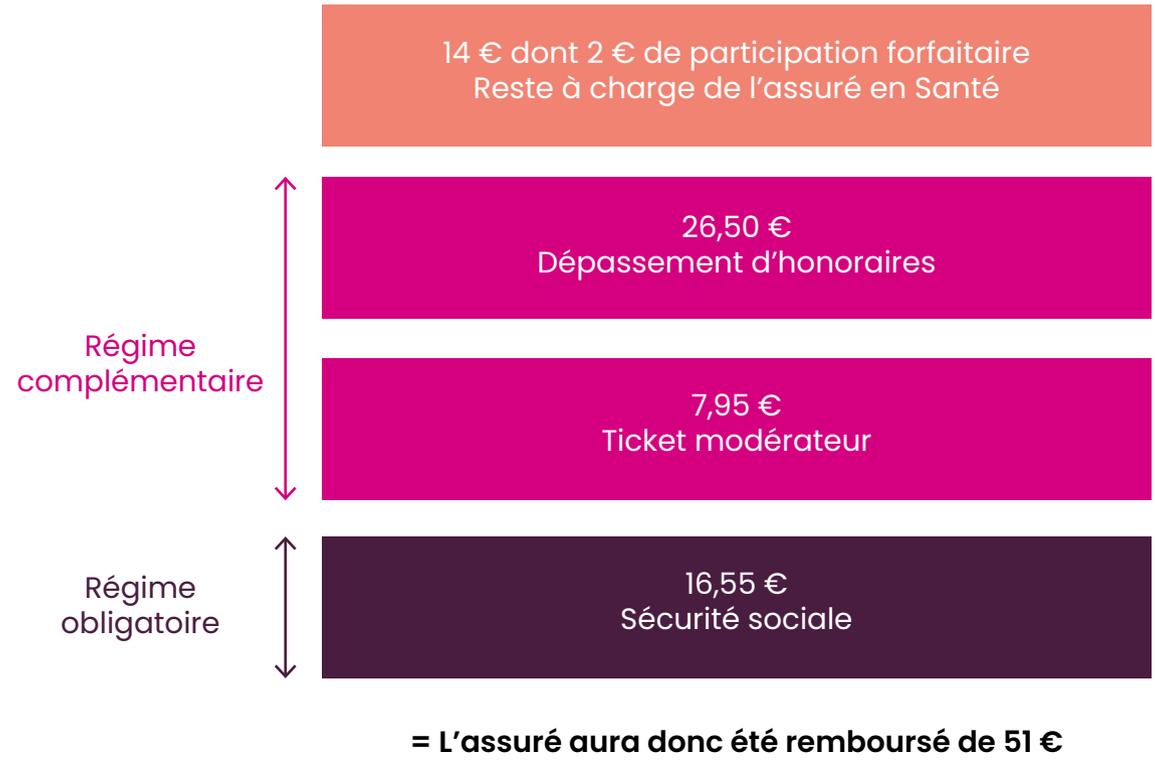
Soins courants		
Honoraires médicaux et paramédicaux	Consultations, visites généralistes	
	Praticiens OPTAM	150% BR
	Praticiens non OPTAM	130% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	Praticiens OPTAM	200% BR
	Praticiens non OPTAM	130% BR
	Honoraires, actes chirurgicaux	
	Praticiens OPTAM	200% BR
	Praticiens non OPTAM	130% BR
	Auxiliaires médicaux	100% BR

- Le paiement du montant de la consultation de 65 € se découpe ainsi :
- 16,55 € par la Sécurité sociale (70 % BRSS x 26,50 € - 2 € de participation forfaitaire) ;
 - 34,45 € par sa complémentaire santé (200 % BRSS moins les 70 % de la Sécurité sociale soit 26,50 € x 130 % BR) qui se découpe en :
 - Ticket modérateur pour atteindre la BRSS soit 7,95 € ;
 - Dépassement d'honoraires pris en charge soit 200 % BRSS - 100% BRSS qui équivaut à 26,50 € ;
 - Soit un reste à charge pour l'assuré de 14 € dont 2 € de participation forfaitaire.

 Les praticiens adhérents OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) pratiquent des dépassements d'honoraires mais s'engagent à pratiquer des tarifs maîtrisés. De leur côté, les praticiens non adhérent OPTAM fixent les tarifs de leurs consultations librement mais la BRSS et donc le remboursement de Sécurité sociale sont réduits par rapport aux autres consultations

Comment savoir si le praticien est OPTAM ? Il suffit de consulter l'annuaire de la sécurité sociale : www.annuairesante.ameli.fr.

Coût consultation médecin généraliste 65 €



Deux exemples en prévoyance

La majorité des garanties prévoyance sont exprimées en fonction du salaire du salarié en dehors de certains forfaits comme le forfait obsèques.

Ci-dessous un extrait de tableau de garantie et des exemples de prise en charge associés :

Capital décès / PTIA	
Célibataire	300%
Couple	400%
Majoration par enfant	+50%
Incapacité	
Franchise continue	30 jours
Indemnité journalière	85%
Invalidité	
1 ^{er} catégorie	80%
2 ^e et 3 ^e catégories	48%

Exemple 1 : Garanties décès - PTIA

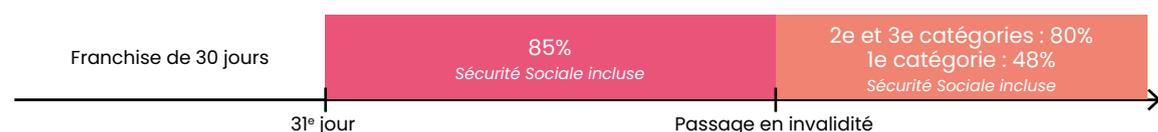
Le capital décès a pour objet le versement d'un capital, lors du décès du salarié, aux bénéficiaires qu'il aura désignés. Ce capital peut être majoré selon que le salarié soit en couple ou qu'il ait des enfants à charge.



Exemple si salaire annuel brut = 42 000 €/an 126 000 € 168 000 € 189 000 €

Exemple 2 : Garanties incapacité et invalidité

Les garanties incapacité et invalidité couvrent les salariés en arrêt de travail afin de leur assurer une couverture complète en cas de coup dur. ■



Exemple si salaire annuel brut = 42 000 €/an Indemnité journalière = 97 € Indemnité journalière (2^e ou 3^e cat.) = 55 €
 Le salaire journalier est de 115 € IJ = salaire annuel brut / 365 x taux d'IJ

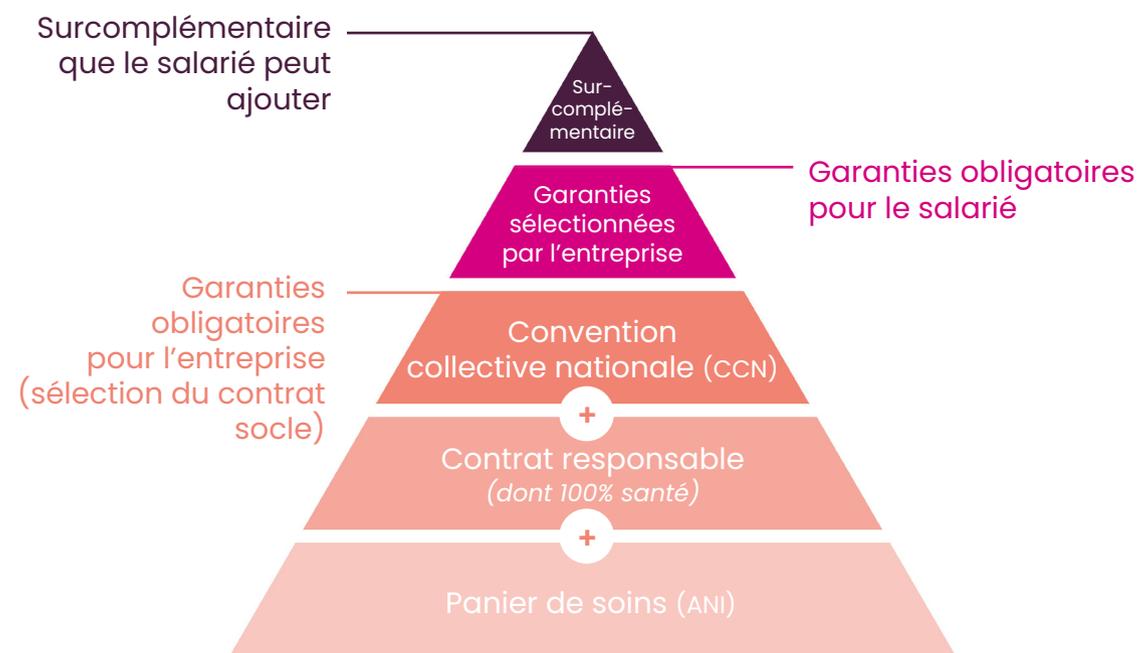
La mise en place de contrats collectifs en santé et en prévoyance nécessite de respecter certaines obligations, notamment en ce qui concerne les garanties. En cas de non-conformité, l'entreprise s'expose à des risques, notamment de la part de l'Urssaf.

Les garanties obligatoires en santé

Toutes les entreprises ont l'obligation de souscrire un contrat de complémentaire santé pour l'ensemble de leurs salariés, avec un socle de garanties minimales (aussi appelé « panier de soins ») imposé par la loi et un éventuel accord collectif.

Au-delà de cette couverture minimale, le contrat doit répondre au cahier des charges du contrat dit responsable pour ouvrir droit à un régime social et fiscal avantageux.

Obligations en matière de garanties en santé



Le panier de soins minimum

Le contrat santé collectif obligatoire doit notamment inclure un panier de soins minimum (ANI) et donc prendre au moins en charge :

- Le ticket modérateur ;
- Le forfait journalier en cas d'hospitalisation ;
- Les frais dentaires à hauteur de 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ;
- Un forfait optique, qui se recharge automatiquement tous les 2 ans. Il est de 100 € pour des verres simples et de 200 € pour des verres complexes.

Le cahier des charges du contrat responsable

Pour être qualifié de responsable, le contrat santé collectif doit obligatoirement prendre en charge :

- L'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursés par la Sécurité sociale (sauf exceptions) ;
- Le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- Une couverture intégrale du reste à charge des assurés sur les prestations et équipements relevant du panier de soins 100 % Santé en optique, dentaire et audiologie ;
- Un plafonnement du remboursement de certaines dépenses :
 - Plafonnement du remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents OPTAM ;
 - Encadrement de la prise en charge (hors 100 % Santé) des équipements d'optique (en fonction du type de verres) ou d'audiologie ;
- Un refus de remboursement sur certains frais :
 - Les dépassements d'honoraires et la majoration de la participation des assurés en cas de non-respect du parcours de soins (parcours initié par le médecin généraliste qui se charge de diriger le patient vers le bon spécialiste et de coordonner la suite des soins) ;
 - La participation forfaitaire sur les consultations médicales et examens médicaux ;
 - La franchise médicale sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et frais de transport (dont le fonctionnement se rapproche de la participation forfaitaire).

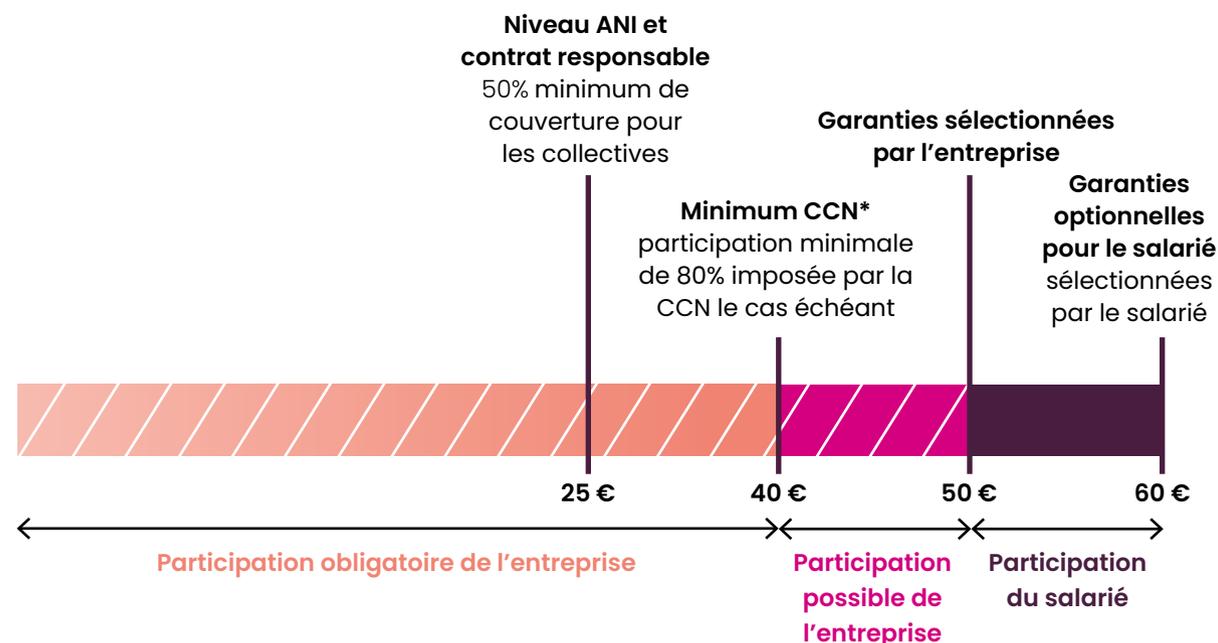


Fort d'un constat de renonciation des Français sur des soins onéreux (optique, dentaire et audio), les pouvoirs publics ont mis en place la **réforme du 100% santé**.

Celle-ci consiste à une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie et les complémentaires santé de « paniers » de soins en optique, dentaire et audio répondant à un cahier des charges précis. Cette réforme s'est déployée dès 2019 avec une baisse significative du reste à charge jusqu'à l'annuler totalement au 1er janvier 2021. Aujourd'hui, des pourparlers sont en cours pour étendre le 100% santé, notamment aux fauteuils roulants.

Au-delà des garanties, l'entreprise doit a minima prendre en charge 50 % de la cotisation de la complémentaire santé, sauf si l'accord de branche prévoit une prise en charge supérieure.

Répartition de la participation de l'entreprise et du salarié



* > Voir article : Qu'est-ce qu'une convention collective nationale (CCN) ?

Les garanties obligatoires en prévoyance

La mise en place d'un contrat prévoyance collective au sein d'une entreprise n'est en principe pas obligatoire pour l'employeur, sauf dans deux situations :

- L'entreprise compte des salariés cadres dans ses effectifs ;
- Une convention collective ou un accord de branche le prévoit.

Dans ces différentes situations, un socle de garanties ou de financement patronal minimum peut être exigé.

Les obligations de l'entreprise pour la prévoyance des cadres

Aux termes de l'article 7 de la CCN AGIRC du 14 mars 1947, substituée par l'Accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, l'employeur est dans l'obligation d'assurer ses salariés cadres et assimilés en prévoyance par une cotisation égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), soit 46 368 € en 2024 (tranche 1).

Plus communément appelé « 1,50 % patronal », ce prélèvement est supporté exclusivement par l'employeur. Il doit par ailleurs servir à financer, en priorité, la couverture du risque décès.

Cela implique qu'au minimum 0,76 % de cette cotisation doit servir au financement des garanties décès (capital décès, rente de conjoint et rente éducation notamment). L'excédent peut, quant à lui, être affecté à la couverture d'autres risques en matière de prévoyance notamment l'incapacité, l'invalidité ou encore la dépendance.



Dérogation au 1,50 % patronal

L'ANI prévoyance des cadres de 2017 ne l'interdisant pas expressément, aujourd'hui, un accord de branche peut autoriser les employeurs relevant de son secteur d'activité à déroger au 1,50 % patronal. C'est notamment le choix fait récemment par la branche de la métallurgie. La nouvelle CCN prévoit en effet une cotisation minimale pour le régime des cadres à hauteur de 1,12 % de T1 et T2.

Attention toutefois, sans accord de branche l'y autorisant, l'employeur ne peut pas décider de déroger au 1,50 % patronal.

Les obligations de l'entreprise pour la prévoyance des non-cadres

La couverture des salariés non-cadres est facultative, sauf si une convention collective ou un accord de branche l'impose. Dans cette dernière situation, un socle de garanties et un financement patronal minimum peuvent aussi être exigés.

Les risques en cas de non-conformité des garanties

La mise en place d'une **complémentaire santé collective** non-conforme expose l'entreprise à des risques :

- **Le contrat ne respecte pas le panier de soins minimal** : une action prud'homale contre l'entreprise peut être engagée par les salariés. L'entreprise pourra alors être condamnée à verser des dommages et intérêts au salarié lésé ;
- **Le contrat ne respecte pas le cahier des charges des contrats responsables** :
 - Si le contrat est responsable, la contribution patronale (financée par l'entreprise) est exonérée de cotisations sociales. Si le contrat est non responsable, en cas de contrôle, l'Urssaf peut opérer à un redressement des sommes que l'entreprise n'a pas assujetti à cotisations sociales ;

- Le contrat non responsable ne permet par ailleurs pas de bénéficier du taux réduit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) appliquée sur les cotisations d'assurance (13,27%, contre 20,27% pour les contrats non responsables).

En **prévoyance**, si l'entreprise ne garantit pas à ses salariés des garanties conformes aux exigences conventionnelles, il s'expose en cas de contentieux au versement de dommages et intérêts au salarié lésé.

Par ailleurs, l'entreprise qui n'est pas à jour de ses cotisations ou qui n'a pas souscrit de contrat de prévoyance collective répondant à l'obligation de cotiser à hauteur de 1,50 % prévue par l'ANI du 17/11/2017 pour ses salariés cadres et assimilés s'expose à une sanction financière. Celle-ci peut être lourde de conséquences pour l'entreprise : verser l'équivalent de 3 PASS à la famille du salarié décédé (soit 139 104 € en 2024, auxquels s'ajoutent les cotisations sociales).

Point de vigilance :

Les garanties minimales obligatoires en santé et prévoyance peuvent évoluer dans le temps. Il est donc nécessaire de vérifier régulièrement que les contrats mis en place soient toujours conformes aux exigences légales et conventionnelles.

Les contributions que verse l'entreprise pour financer les régimes de protection sociale complémentaire – que ce soit en santé, en prévoyance – sont exonérées des cotisations sociales à condition, notamment, que ces régimes revêtent un caractère collectif et obligatoire.

A défaut de respecter ces critères, l'entreprise s'expose à un redressement Urssaf, qui peut être lourd de conséquences.

Caractère obligatoire du régime

Un régime de protection sociale complémentaire est dit « obligatoire » lorsque l'ensemble des salariés ou ceux appartenant à une catégorie objective sont tenus d'adhérer à la couverture mise en place au sein de l'entreprise.

Autrement dit, pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales, la contribution de l'entreprise doit financer des garanties auxquelles l'adhésion des salariés est obligatoire.

Par ailleurs, le régime de santé complémentaire d'entreprise peut également prévoir la couverture obligatoire des ayants droit du salarié (dans ce cas, l'employeur doit prendre en charge au moins 50 % du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire, tant pour les salariés que pour les ayants droit).

La contribution de l'entreprise est alors exonérée de cotisations sociales. En revanche, lorsque la couverture est facultative – adhésion facultative des ayants droit ou adhésion facultative des salariés à des options complétant le socle des garanties obligatoires d'entreprise – l'éventuelle contribution de l'employeur au financement de ces garanties facultatives sera intégrée dans l'assiette des cotisations sociales.

Les dispenses d'adhésion, une exception au caractère obligatoire

Pour ne pas exposer son entreprise à un redressement Urssaf, l'employeur doit veiller à ce que les garanties de santé et prévoyance collectives mises en place dans son entreprise présentent un caractère collectif et obligatoire.

Sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du régime institué, les salariés ont la possibilité d'invoquer un cas de dispense d'adhésion.

Les cas de dispense d'adhésion sont strictement encadrés et limités. On en distingue deux types :

- **Les dispenses d'ordre public** : elles peuvent être invoquées par le salarié et l'entreprise ne peut pas s'y opposer. Par exemple, le salarié embauché avant la mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur (DUE) lorsqu'une cotisation est à sa charge peut être dispensé.
- **Les dispenses dites « facultatives »** : elles peuvent être mobilisées par le salarié uniquement si l'acte juridique instituant le régime le prévoit expressément. Dans ce cas, l'employeur est tenu de les accepter. Par exemple, le salarié en CDD ou l'apprenti dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à 12 mois.

> Voir article : Quelle dispense d'adhésion du salarié couvert par un autre régime de santé ?

A noter que :

- Le **champ d'application de la dispense** n'est pas toujours le même : certaines ne s'appliquent qu'aux garanties santé, tandis que d'autres peuvent également être prévues dans les régimes de prévoyance complémentaire ;
- La **durée de validité de la dispense** n'est pas toujours la même : certaines sont permanentes, tandis que d'autres ne sont valables que de façon temporaire. Par exemple, pour le salarié bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, la dispense n'est possible que jusqu'à la date à laquelle il cesse de bénéficier de ce dispositif.

Le cas des ayants droit

Les ayants droit bénéficiant à titre obligatoire de la couverture collective d'un salarié (habituellement leur conjoint) peuvent demander à se faire dispenser de l'adhésion à la couverture collective obligatoire à condition de justifier être déjà couvert par ailleurs. Qualifiée d'ordre public, cette dispense peut être invoquée même en l'absence de mention explicite dans l'acte juridique instaurant les garanties au sein de l'entreprise.



Attention – En cas de contrôle Urssaf, l'employeur doit être en mesure de fournir les demandes de dispenses pour :

- Chacun des salariés concernés par la non-adhésion aux garanties proposées ;
- Les ayants droit à titre obligatoire non adhérents.

Il doit veiller à demander régulièrement à ses collaborateurs la mise à jour de leur situation.

Caractère collectif des garanties

Les cotisations patronales servant à financer les garanties de protection sociale complémentaire des salariés sont exclues de l'assiette des cotisations lorsque les garanties présentent un caractère collectif.

Pour répondre à ce critère, les garanties frais de santé ou prévoyance doivent couvrir :

- L'ensemble des salariés ;
- Ou une ou plusieurs catégories « objectives » d'entre eux.



Le fait de réserver l'accès aux garanties de prévoyance aux salariés ayant plus de 12 mois d'ancienneté ne remet pas en cause le caractère collectif des garanties. Cette possibilité n'est pas ouverte pour les garanties frais de santé, l'ensemble des salariés (hors dispenses d'adhésion) devant être couverts dès leur date d'embauche.

Quelles sont les catégories objectives ?

Les catégories de salariés peuvent être constituées en utilisant l'un des 5 critères limitatifs autorisés, qui peuvent être combinés entre eux :

- Critère 1 : l'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres ;
- Critère 2 : les tranches de rémunération fixées par référence au PASS ;
- Critère 3 : la place dans les classifications professionnelles définies par la convention de branche ;
- Critère 4 : les sous-catégories fixées par les conventions collectives ;
- Critère 5 : l'appartenance aux catégories définies à partir des usages constants, généraux et fixés en vigueur dans une profession.

De manière générale, aucune catégorie objective ne pourra être définie en fonction du temps de travail des salariés, de la nature du contrat de travail ou de l'âge.

Contribution patronale uniforme

Par principe, la contribution de l'entreprise servant au financement des garanties de protection sociale complémentaire doit avoir un taux ou un montant uniforme pour tous les salariés de l'entreprise ou ceux appartenant à une même catégorie.

Il existe cependant quelques exceptions à ce principe d'uniformité. L'entreprise peut ainsi :

- Moduler sa contribution en fonction de la composition du foyer du salarié ;
- Prendre en charge l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel et des apprentis lorsque l'absence d'une telle prise en charge conduirait les salariés concernés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- Mettre en place des taux croissants en fonction de la rémunération du salarié, à condition que cette progression s'applique aussi à la contribution du salarié. Cette éventualité n'est possible que pour les contributions finançant des garanties de prévoyance complémentaire ;
- Différencier sa contribution pour les salariés multi-employeurs.

En matière de frais de santé, lorsque la couverture des ayants droit est obligatoire, l'employeur a l'obligation d'assurer au minimum 50 % du financement de la cotisation globale, dite « famille ». Cela ne remet en rien en cause le caractère uniforme de la contribution patronale : la totalité de la contribution de l'entreprise sera exclue de l'assiette de cotisations de Sécurité sociale.

Attention, cela n'est pas le cas lorsque la couverture des ayants droit est facultative. Dans ce cas, seule la part de contribution de l'entreprise destinée à financer les garanties des salariés est exclue de l'assiette des cotisations.



Au-delà des avantages qu'elle procure aux salariés, la mise en place de contrats collectifs en santé et prévoyance est également un véritable levier de différenciation pour l'entreprise.

Un cadre social et fiscal avantageux à la fois pour l'entreprise et les salariés

	Avantage fiscal	Avantage social
Pour l'entreprise	Déduction du financement patronal des bénéfices imposables	Exonération des cotisations sociales, patronales et salariales sur le financement employeur des couvertures santé et prévoyance, dans certaines limites
Pour le salarié	Cotisations salariales en santé et prévoyance et cotisations patronales en prévoyance déductibles du revenu imposable, dans certaines limites (montant total limité à la somme de 5 % du plafond annuel Sécurité sociale (PASS) + 2 % de la rémunération annuelle brute, le tout plafonné à 2 % de 8 PASS, c'est-à-dire 7 419 € en 2024)	(montant total égale à la somme de 6 % du PASS + 1,5 % de la rémunération annuelle brute, dans la limite totale de 12 % du PASS soit 5 564 € en 2024)

La CSG et CRDS sont prélevées sur ce financement patronal.



CSG : Contribution Sociale Généralisée qui finance les prestations gérées par la Caisse nationale d'assurance maladie
CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale qui finance la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

A noter : l'éventuel dépassement des limites de déductions fiscales ou sociales pour certains salariés à hauts revenus ne remet pas en cause les avantages sociaux et fiscaux sur l'intégralité du régime. Seule la quote-part de dépassement constatée sur les salaires élevés sera réintégrée, selon le cas, dans le revenu imposable et/ou l'assiette des cotisations sociales.

Attention, pour bénéficier de ces avantages, les contrats prévoyance et santé mis en place par l'entreprise doivent être collectifs et obligatoires. Pour les complémentaires santé d'entreprise, le régime doit en outre être solidaire et responsable, ce qui implique certaines obligations et interdictions en matière de prise en charge.

Exemple 1 :

Un salarié qui gagne 30 000 € brut par an en 2024 bénéficie d'un contrat de prévoyance collective et d'un contrat frais de santé financés en partie par l'entreprise. Ce dernier prend en charge 1 800 € de cotisations, réparties comme suit :

- 1 000 € au titre de la couverture frais de santé ;
- Et 800 € au titre de la prévoyance.

En partant du principe que les contrats respectent les conditions d'exonération requises, le plafond annuel de cotisations prévoyance et frais de santé exonérées pour ce salarié est de :

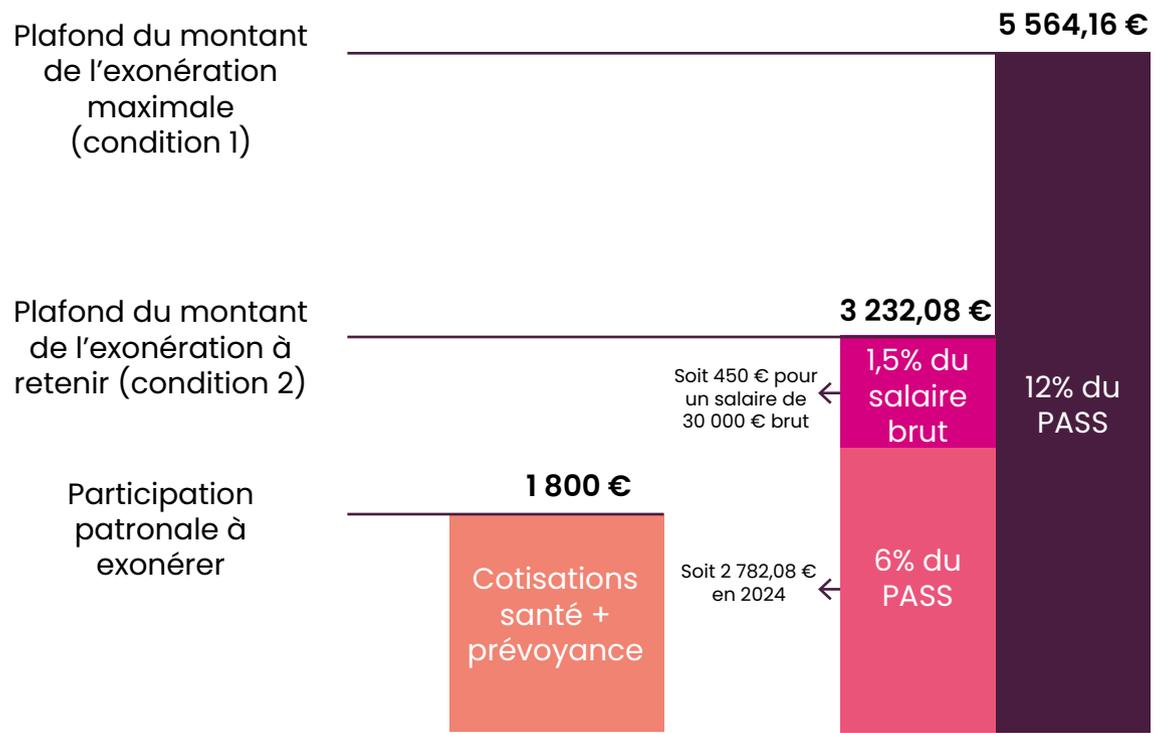
2 782,08 € en 2024 (6 % du PASS 2024) + 450 € (1,5 % x 30 000 €) = 3 232,08 €

Ce montant étant inférieur à 5 564,16 € (12 % du PASS 2024), c'est lui qui doit être retenu comme plafond d'exonération.

Le financement patronal aux couvertures santé et prévoyance du salarié (1 800 €) étant inférieur au plafond (3 232,08 €), c'est l'intégralité de cette somme qui bénéficiera d'une exonération de cotisations sociales.

L'entreprise prend en charge pour un salarié un total de 1 800 € de cotisation (santé et prévoyance) pour des contrats qui respectent les conditions d'exonération.

Le plafond de cette exonération comporte deux conditions :



⚠ La participation patronale est toutefois soumise au forfait social de 8% et à la CSG et CRDS dès le 1er euro.

Exemple 2 :

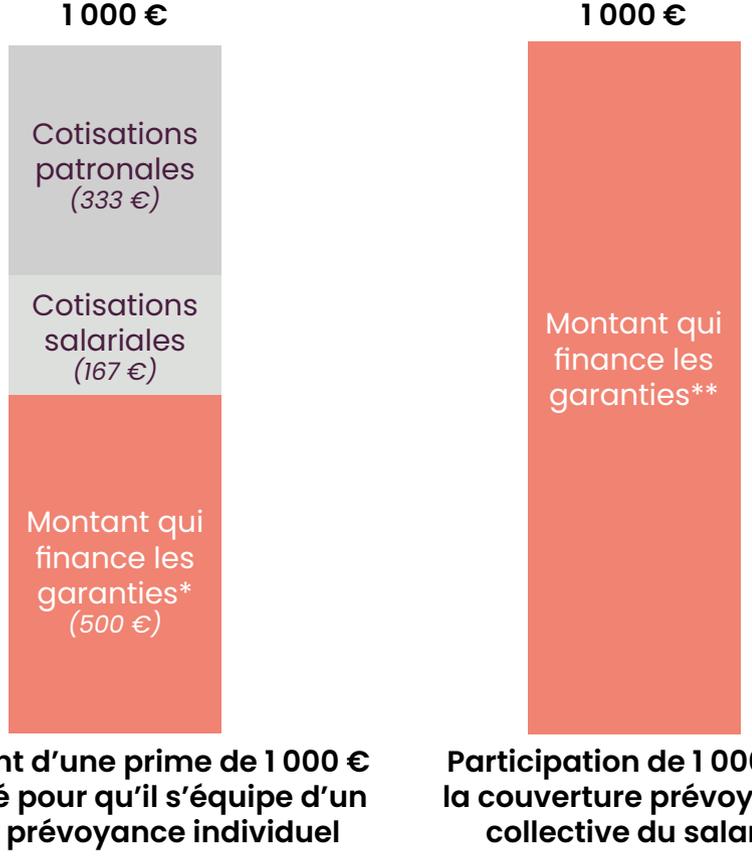
Pour financer des garanties identiques en prévoyance à celles que lui offre l'entreprise, le salarié devra assumer un coût plus élevé.

Si l'entreprise cotise à hauteur de 1 000 €, cette somme financera directement les garanties, sans être diminuée, ni par les cotisations sociales (hors CSG/CRDS et forfait social), ni par l'impôt sur le revenu.

En revanche, si l'entreprise consacre le même budget de 1 000 € à une prime versée à son salarié pour qu'il finance lui-même sa couverture, cette somme sera amputée par les cotisations sociales :

- Patronales (environ 50 %, soit 333 €) ;
- Et salariales (environ 25 % avec CSG/CRDS, soit 167 €).

Il ne restera qu'un revenu d'environ 500 €, soumis à impôt sur le revenu, soit un montant net pour financer la couverture qui peut se réduire à 400 €.



*Montant soumis à l'impôt
 **Hors CSG/CRDS et forfait social

Des avantages pour les salariés

Grâce à l'assurance collective en santé et en prévoyance, le salarié a accès à :

- Des niveaux importants de garanties, que ce soit pour lui ou pour sa famille, à des tarifs plus intéressants que dans le cadre de contrats souscrits à titre individuel ;
- Des montants de cotisations qui n'augmentent pas avec son âge, contrairement aux contrats individuels ;
- Des garanties prévoyance, sans la contrainte de la sélection médicale (sauf éventuellement en cas de très faible effectif) ;
- Une participation financière de son entreprise ;
- Des exonérations sociales et fiscales sur le financement de ces garanties ;
- Des services (assistance, téléconsultation, etc.) souvent plus importants dans les contrats collectifs.

Un levier d'attractivité pour les entreprises

Pour l'entreprise, proposer de bons contrats collectifs en santé et en prévoyance est un moyen de motiver et fidéliser ses collaborateurs. En effet, élément de rémunération indirecte, c'est un véritable atout dans la politique salariale de l'entreprise.

Pour se différencier et renforcer son attractivité, l'entreprise peut aussi décider d'aller au-delà du panier minimal de garanties fixé par la loi ou de ses obligations conventionnelles. Elle peut par exemple :

- Augmenter sa participation patronale ;
- Prévoir un niveau de garanties supérieur au minimum légal ou conventionnel ;
- Choisir une offre en santé proposant plusieurs niveaux d'options facultatives afin que chaque salarié trouve la solution correspondant à ses besoins et à ceux de sa famille ;
- Choisir un assureur offrant des services diversifiés ;
- Selon la démographie de son entreprise, il peut mettre en place un régime adapté à chaque catégorie de salariés. ■

Le montant des cotisations des contrats santé et prévoyance collectifs est déterminé par chaque assureur, selon les modalités de son choix. Le marché étant assez standardisé, les critères de tarification sont globalement homogènes.

La tarification applicable dépend de plusieurs critères, notamment le nombre de salariés à assurer, l'âge moyen de ceux-ci, le secteur d'activité, le statut des assurés (cadres, non cadres...), la composition familiale et le secteur géographique.

Contrat santé collectif

Le montant de la cotisation est fixé en fonction de divers paramètres :

- **Le nombre de salariés** : la démographie de l'entreprise peut avoir un impact notable sur le coût de la cotisation des contrats santé collectifs. En effet, dans une grande entreprise employant un nombre de salariés important, l'assureur a la possibilité de mieux mutualiser le risque et éventuellement d'affiner ses garanties en prenant en compte les spécificités de cette population ;
- **La démographie de la catégorie à assurer** :
 - L'âge du groupe de salariés : le tarif de la cotisation pourra être fixé selon l'âge moyen des salariés de l'entreprise ;
 - La composition familiale : la tarification prendra en compte l'adhésion obligatoire ou facultative des ayants droit et la définition de ces ayants droit ;
- **La localisation géographique** : les habitudes de consommation et le fait que les coûts de santé peuvent être plus importants dans certaines régions ou grandes villes, sont pris en compte dans la tarification. Par exemple, les soins dispensés à Paris sont globalement plus onéreux que ceux réalisés dans la Creuse ;
- **Le niveau de garanties** : évidemment, la tarification varie aussi selon le niveau des garanties socles choisies par l'entreprise et l'éventuelle souscription par les salariés d'options supplémentaires ;
- **La structure de cotisation** : en matière de cotisations, les assureurs peuvent proposer différents types de tarification, les plus répandus sont les tarifs unique, isolé/famille et adulte/enfant.

Zoom sur les différentes structures de cotisations

On distingue généralement les structures de cotisations suivantes :

- **La cotisation « uniforme »** : il s'agit d'une tarification unique, quelle que soit la situation familiale de l'assuré salarié (célibataire, marié, avec ou sans

- enfant). La cotisation payée par le salarié permet de financer sa couverture et, le cas échéant, celle de sa famille. Cette tarification est possible lorsque l'adhésion des salariés et de leurs ayants droit est obligatoire, et si l'entreprise finance la couverture à hauteur de 50 % minimum. Dans ces conditions, le financement patronal sera bien exonéré de cotisations sociales ;
- **La cotisation « isolé / famille »** : le salarié célibataire cotise tout seul au tarif « isolé ». S'il a des ayants droit (conjoint et/ou enfants), deux situations peuvent se présenter :
 - Sa famille est affiliée à titre obligatoire : le salarié doit cotiser au tarif « famille » et l'entreprise finance au moins 50 % de cette cotisation famille en exonération de cotisations sociales ;
 - L'affiliation de sa famille est facultative : le salarié cotise soit en tarif « isolé », soit en tarif « famille » s'il souhaite couvrir ses ayants droit. Quel que soit son choix, l'entreprise financera le même montant pour tous les salariés, soit au moins 50 % de la cotisation « isolé » ;
- **La cotisation « adulte / enfant »** : le tarif appliqué au salarié sera établi en fonction du nombre d'adultes et d'enfants couverts par le contrat. Dans ce cadre, il existe une multitude de tarifs possibles selon le nombre de personnes affiliées.

D'autres structures de cotisations existent (isolé / duo / famille, salarié + enfants / conjoint, etc.), mais là encore, le principe reste le même : la contribution patronale ne doit porter que sur les garanties à adhésion obligatoire afin de bénéficier de l'exonération de cotisations sociales, les cotisations afférentes aux adhésions facultatives étant alors prises en charge par le salarié.

Le choix de la structure de cotisations dépend du degré de mutualisation que l'entreprise souhaite mettre en place : les structures moins mutualisées seront à l'avantage des personnes seules alors que les plus mutualisées le sont à l'avantage des familles puisque l'ensemble des salariés paient la même cotisation quel que soit le nombre d'ayants droit couverts.

Degré de mutualisation de la cotisation



La cotisation au contrat santé d'entreprise peut être exprimée :

- En pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS), dans ce cas, la prime est réévaluée annuellement en fonction de son évolution (majorité des cas) ;
- En euros ;
- En pourcentage du salaire (rare en santé, mais toutefois prévu par certaines conventions collectives).

Contrat prévoyance collectif

La mise en place d'un contrat prévoyance collectif est facultative, excepté si l'entreprise compte des salariés cadres ou que la convention collective ou l'accord de branche prévoit l'instauration d'une prévoyance collective. Ce dernier peut prévoir un certain niveau de garanties ainsi que le taux de cotisations applicable.

Le montant de la cotisation dépend généralement de plusieurs critères :

- La nature des garanties proposées par le contrat ainsi que les options ajoutées ;
- Le nombre de salariés à assurer ;
- Le niveau de rémunération ;
- L'âge moyen de la catégorie à assurer ;
- La catégorie socioprofessionnelle ;
- Le secteur d'activité ;
- Les éventuels sinistres en cours lors de l'acceptation de la souscription



A noter que dans le cadre d'un contrat collectif prévoyance, si l'entreprise compte au moins 6 salariés, il ne sera pas nécessaire de passer par des formalités médicales. A contrario, pour une entreprise de 5 salariés ou moins, un questionnaire médical peut être demandé à chaque salarié entraînant éventuellement une évolution tarifaire ou un refus d'assurance.

Le montant de la cotisation prévoyance est exprimé en fonction du salaire du salarié. Cependant, ce dernier est généralement ventilé entre différentes tranches réglementaires.

Pour définir le montant de la cotisation prévoyance, l'assureur tient compte notamment du salaire du bénéficiaire. A chaque tranche de rémunération est associée un taux de cotisation différencié. Les tranches sont définies comme suit :

- T1, anciennement TA = salaire jusqu'à 1 Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) ;
- T2 limitée à 4 PASS, anciennement TB = salaire compris entre 1 PASS et 4 PASS ;
- T2 de 4 à 8 PASS, anciennement TC = salaire compris entre 4 PASS et 8 PASS.

Ainsi, pour définir la cotisation d'un salarié gagnant 70 000 € bruts annuels, son salaire va être réparti de la manière suivante :

- T1 : 46 368 € auquel sera appliqué le taux de cotisation associé à cette tranche, par exemple 0,70 % soit une cotisation de 27,05 € mensuels ;
- T2 : 23 632 € auquel sera appliqué le taux de cotisation associé à cette tranche, par exemple 1,15 % soit une cotisation de 22,65 € mensuels ;

Ainsi, la cotisation mensuelle totale s'élèvera à 49,70 €.



La reprise de passif

Il n'est pas rare qu'une entreprise décide de changer d'assureur. Lors de la souscription du nouveau contrat d'assurance, l'entreprise peut avoir des salariés en arrêt de travail (indemnités journalières ou rentes invalidité en cours de versement) ou des rentes en cours de service auprès des ayants droit (rente de conjoint, rente éducation...).

Comme il est interdit d'exclure un salarié d'un contrat collectif de prévoyance pour raison de santé, les risques en cours doivent alors être constatés et mentionnés à l'occasion de la mise en place du nouveau contrat. En pratique, l'ancien assureur continue de verser les prestations en cours et le nouveau assume la revalorisation de ces prestations. On parle alors de « reprise de passif ».

Cette dernière se traduit généralement par le paiement d'une surprime pour l'entreprise.

Les conventions collectives présentent de nombreuses obligations en matière de santé et prévoyance collective auxquelles les entreprises doivent se conformer.

Définition

Une convention collective est un accord écrit conclu entre une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de salariés et une ou plusieurs organisations d'employeurs. Son objectif est de compléter ou modifier favorablement les dispositions du Code du travail.

Elle aborde les thématiques suivantes :

- Conditions d'emploi des salariés (rémunération, durée de la période d'essai, etc.) ;
- Formation professionnelle (validation des acquis de l'expérience, actions de formation, etc.) ;
- Conditions de travail (horaires de travail, modalités d'aménagement du temps de travail, etc.) ;
- Garanties sociales.

Les conventions collectives déterminent leur champ d'application professionnel (interprofessionnelle, branche, entreprise), et territorial (local, régional ou national). Dans la majorité des cas, le champ est national ; on parle alors de convention collective nationale (CCN).

Aujourd'hui, il existe plus de 600 CCN en France dont une soixantaine totalisent chacune plus de 50 000 salariés.

Comment déterminer la CCN applicable à une entreprise ?

Pour trouver la CCN applicable à une entreprise, il faut rechercher son activité principale. En cas de doute, le code NAF (ou code APE) attribué par l'INSEE à chaque entreprise lors de son immatriculation constitue un bon indice, sans être pour autant une preuve catégorique.

Il est à noter qu'un code NAF/APE peut renvoyer vers plusieurs conventions collectives. Dans ce cas, il s'agira de vérifier soigneusement chaque champ d'application afin de déterminer quelle convention collective doit s'appliquer. En cas d'incertitude sur la question, il faudra consulter le site code.travail.gouv.fr (qui permet de trouver sa convention collective en indiquant simplement le nom de l'entreprise ou le numéro SIRET), ou contacter la Direction départementale de l'emploi et du travail.

C'est peu fréquent, mais possible, certaines entreprises appartenant à des secteurs d'activité spécifiques ne relèvent d'aucune convention collective. Dans ce cas, les dispositions du Code du travail s'appliquent.

Que contient une CCN en matière de santé et prévoyance collective ?

En matière de santé et de prévoyance, les CCN peuvent prévoir des minimas que les entreprises devront respecter pour être en conformité. Elles peuvent :

- Définir un socle minimal de garanties (en santé et/ou prévoyance) ;
- Imposer un niveau de prise en charge des cotisations par l'entreprise ;
- Prévoir le financement d'actions de prévention des risques professionnels ou la prise en charge de prestations d'action sociale.

Grille des garanties minimales frais de santé

La CCN peut renforcer les obligations légales prévues par la loi sur la généralisation de la complémentaire santé en fixant une grille de garanties frais de santé supérieure au panier minimum de soins. Ainsi, elle peut augmenter la base de remboursement de certains actes, voire imposer le remboursement (souvent partiel) de frais non remboursés par la Sécurité sociale, comme les médecines douces pour la CCN Syntec.

Elle peut également déterminer le niveau de la contribution employeur. En effet, la CCN peut prévoir un taux de financement des garanties santé par l'entreprise supérieur au minimum de 50 % fixé par la loi. Par exemple, les entreprises appartenant à la CCN de l'immobilier doivent participer au moins à 55% de cette cotisation.

La CCN peut aussi améliorer d'autres clauses, notamment :

- une durée de portabilité des droits plus longue comme la CCN du BTP ;
- une obligation de proposer des options santé facultatives comme la CCN des bureaux d'études ;
- ou encore l'obligation de maintien des garanties y compris dans des périodes de suspension de contrat de travail non indemnisées.

Garanties minimales en prévoyance (incapacité, invalidité, décès)

En matière de prévoyance, les entreprises doivent respecter l'obligation prévue par l'ANI prévoyance des cadres du 17 novembre 2017. Elle consiste à assurer leurs salariés cadres et assimilés en prévoyance en versant à un assureur une cotisation au moins égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au PASS (T1). Cette cotisation doit être affectée en priorité au risque décès. Les conventions collectives peuvent prévoir des garanties plus favorables pour les salariés cadres.

Afin de protéger les salariés non-cadres, de nombreuses conventions collectives ont pris le relais. Près de 80 % des salariés du privé sont couverts par un accord de branche en prévoyance. L'examen attentif des conventions collectives est donc de mise. ■

Les clauses de désignation des CCN, qui avaient pour but d'imposer aux entreprises un assureur pour leurs contrats santé et/ou prévoyance, ont été interdites à la suite d'une décision du Conseil Constitutionnel du 13 juin 2013.

La fin de ces clauses a entraîné la révolution du marché. En effet, sont alors apparues les offres recommandées, les offres labellisées, les offres dédiées et les offres interprofessionnelles.

Pour répondre à leurs obligations conventionnelles, les employeurs ont désormais un choix à faire et aucun n'est à privilégier par rapport à un autre.

Offre recommandée

Les CCN peuvent recommander un ou plusieurs assureurs aux entreprises relevant de leur champ d'application pour les aider à répondre à leurs obligations. L'entreprise reste libre d'aller vers l'organisme recommandé, ou de choisir un autre assureur s'il trouve son offre plus adaptée au regard des spécificités de son entreprise.

Pour qu'une convention collective puisse intégrer une clause de recommandation, il est nécessaire que l'assureur réponde à une procédure d'appel à la concurrence et que le contrat proposé prévoie des garanties collectives présentant un « haut degré de solidarité ».

En pratique, pour respecter ce haut degré de solidarité, l'organisme recommandé pourra proposer des actions de prévention ou encore la prise en charge de prestations d'action sociale.

Le financement de ces différentes prestations à haut degré de solidarité doit être au moins égal à 2 % du total de la cotisation.

Les organismes recommandés ne peuvent pas refuser l'adhésion d'une entreprise entrant dans le champ d'application de l'accord et ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et tous les salariés concernés.

Attention, le choix de la facilité n'est pas toujours le meilleur pour l'entreprise. Il est important d'opter pour une offre adaptée à la démographie de l'entreprise.

Offre labellisée

Certains négociateurs de branche ne suivent pas la procédure de la recommandation, mais organisent toutefois un appel d'offres afin de sélectionner et labelliser des organismes assureurs.

Par exemple, la branche de la Métallurgie a labellisé, et non recommandé, des organismes pour assurer les garanties santé et peut ainsi fixer des tarifs différents par secteur géographique, ce qui n'est pas possible dans le cadre de la recommandation.

Ce choix de la labellisation n'étant pas encadré par les textes, les clauses des accords de branche sur la labellisation ne pourront pas être étendues par arrêté ministériel, contrairement aux clauses de recommandation.

Pour autant, l'assureur qui a répondu à l'appel d'offres et obtenu le label s'engage à respecter le cahier des charges fixé par les négociateurs de la branche.

Offre dédiée

Les offres dédiées sont spécifiquement conçues par des assureurs pour répondre aux obligations prévues par certains accords, sans pour autant être recommandées ou labellisées par les négociateurs de branche. Ces offres sont construites librement par les assureurs et non en réponse à un appel d'offres lancé par la branche. Ces offres ne sont donc pas tenues de respecter le même cadre que les offres recommandées.

L'organisme peut par exemple proposer des tarifications différentes selon l'entreprise. Toutefois, dans la mesure où l'organisme présente son offre comme permettant de répondre aux obligations d'une CCN, il est tenu de vérifier dans le cadre de son obligation de conseil qu'elle soit bien conforme aux besoins de l'entreprise et adaptée aux évolutions des obligations conventionnelles.

L'offre dédiée permet une couverture respectant les obligations de la CCN, mais est souvent plus chère que les offres interprofessionnelles mieux mutualisées.

Par ailleurs, ce type d'offre est plus compliqué à maintenir dans le temps car nécessite un suivi permanent des évolutions CCN et quelques retards dans l'application des mises à jour peuvent être observés.



Il peut être intéressant d'opter pour une offre dédiée pour les entreprises relevant d'une CCN « de niche » ou présentant des garanties « exotiques », car leurs besoins spécifiques peuvent être difficilement couverts par une offre interprofessionnelle standard.

Offre interprofessionnelle

Les offres interprofessionnelles sont conçues pour couvrir les salariés relevant de différentes branches professionnelles. Ce type d'offre :

- Est généralement plus flexible qu'une offre recommandée ou dédiée, ce qui permet de s'adapter pleinement à la démographie de son entreprise ;
- Est adapté à une variété de professions, ce qui peut être un avantage pour les entreprises avec des employés de différents secteurs et est privilégié par les TPE ;
- Est souvent moins onéreux qu'une offre dédiée ou recommandée, car elle permet une meilleure mutualisation des risques sur une population d'assurés plus large et plus diversifiée.

En contrepartie, les courtiers (par leur devoir de conseil) doivent s'assurer que l'offre choisie est bien conforme à leur CCN.

Cependant, les assureurs et courtiers grossistes peuvent simplifier ce travail d'analyse que ce soit par une aide sur les parcours de souscription ou encore par un soutien juridique.

Quel est le risque à ne pas être conforme à la CCN ?

Lorsque la CCN a été étendue par arrêté ministériel, elle s'impose à toutes les entreprises qui entrent dans son champ d'application territorial et professionnel. Dans ce cas, elle doit être respectée sous peine de sanction.

En cas de manquement, l'employeur peut être poursuivi par des salariés ou des syndicats devant le Conseil des Prud'hommes, ce qui l'expose au versement de dommages et intérêts s'il est condamné. Par exemple, en cas d'invalidité d'un salarié et en l'absence de contrat de prévoyance collective (s'il est obligatoire dans la CCN), l'entreprise devra verser les rentes invalidité au salarié invalide jusqu'à ses 62 ans.

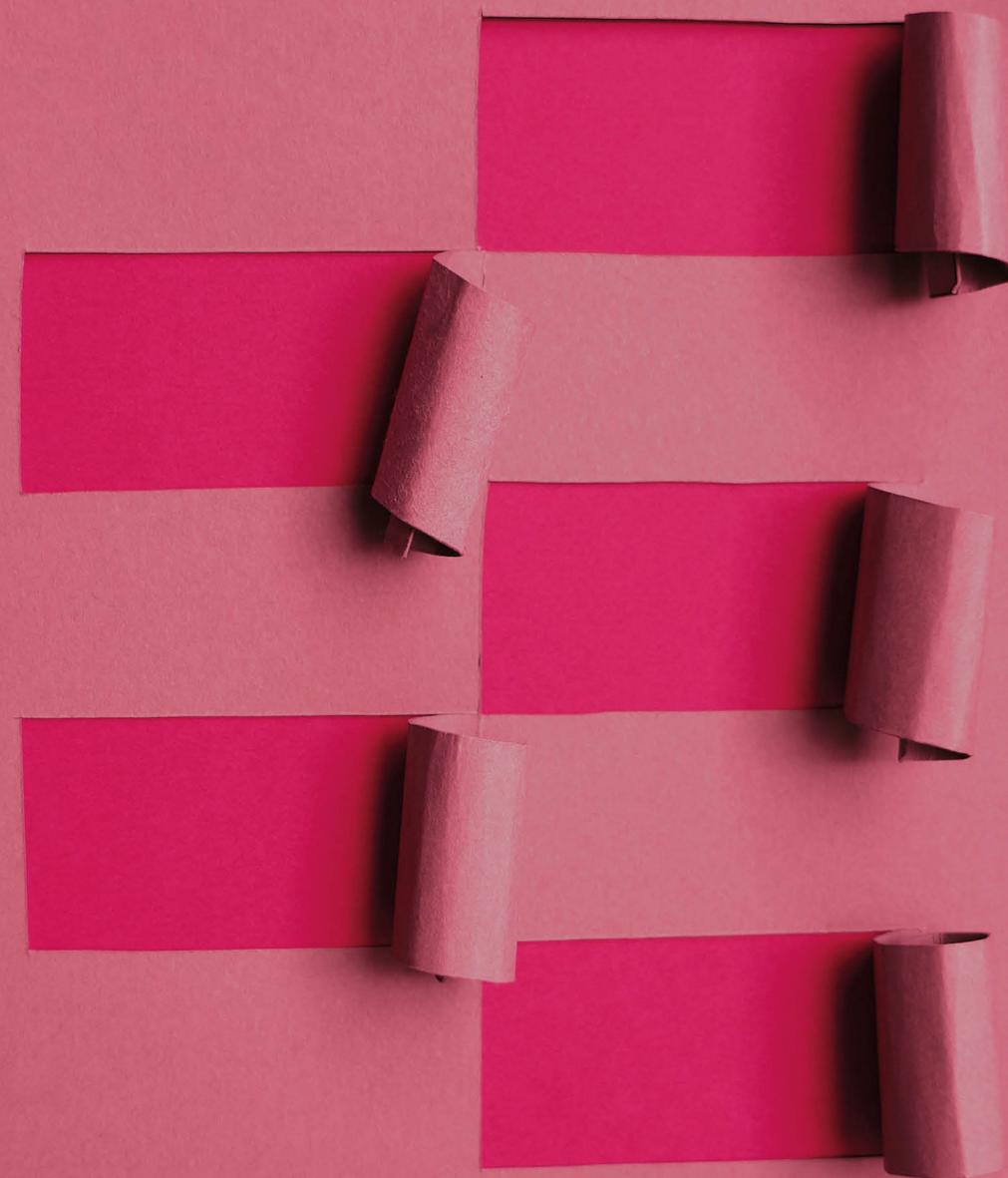


En revanche, l'entreprise ne risque pas de redressement URSSAF si le contrat souscrit par l'entreprise ne respecte pas les minimums de garanties fixés par la convention collective (le risque est uniquement prud'hommal).

Peut-on présenter une offre en faible écart avec la CCN ?

Il existe une certaine tolérance, avec le principe d'équivalence des garanties.

Le code du Travail précise que l'équivalence de garanties s'apprécie par l'ensemble de garanties se rapportant à la même matière (article L2253-1 du Code du Travail) : cela signifie que si une simple garantie est différente de celle prévue dans l'accord de branche, mais que l'ensemble des garanties est globalement plus favorable, la couverture d'entreprise sera considérée comme équivalente. ■



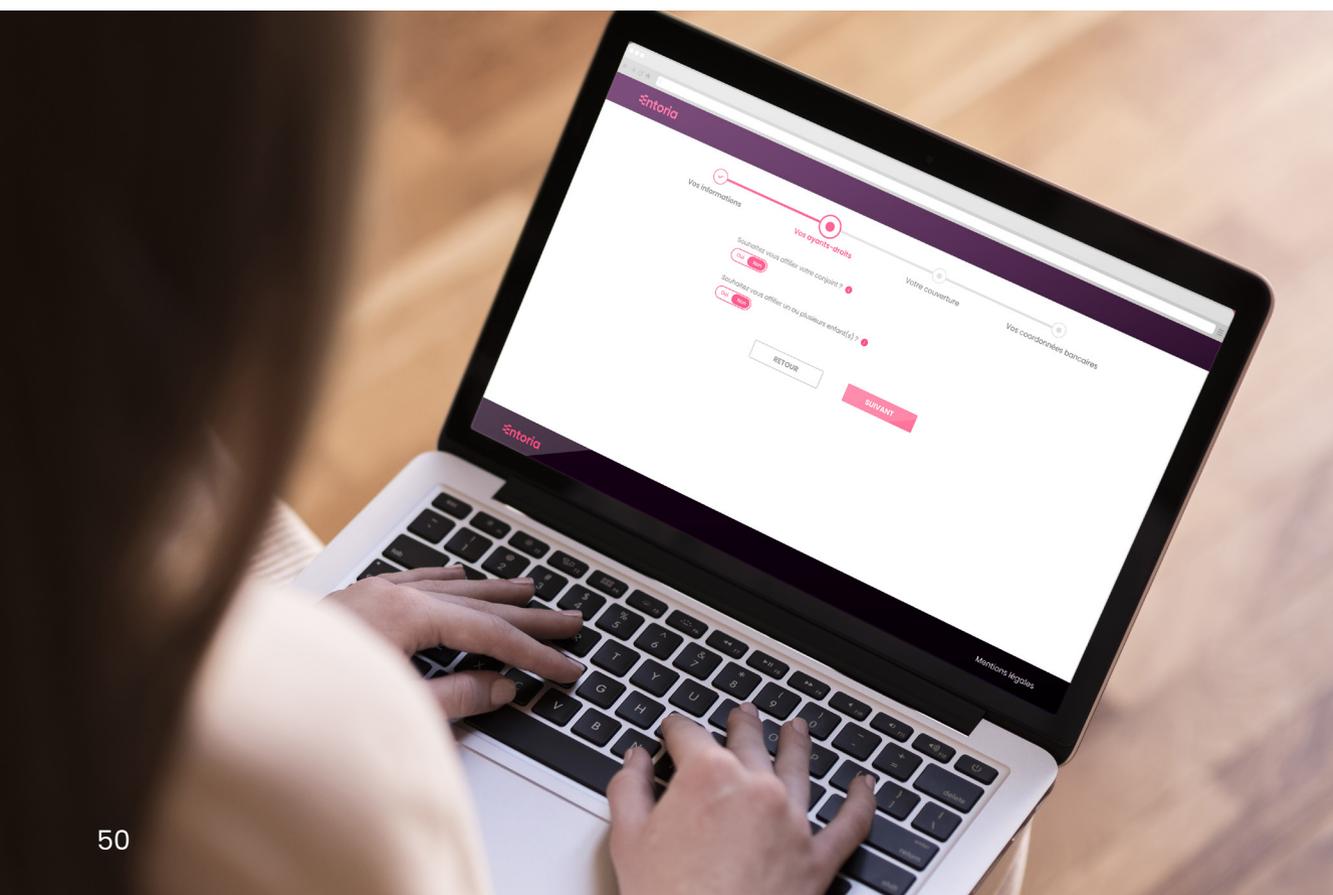
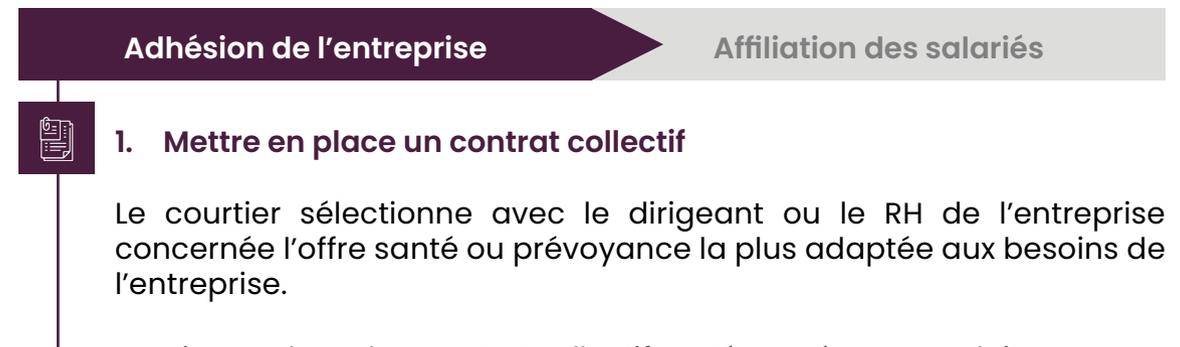
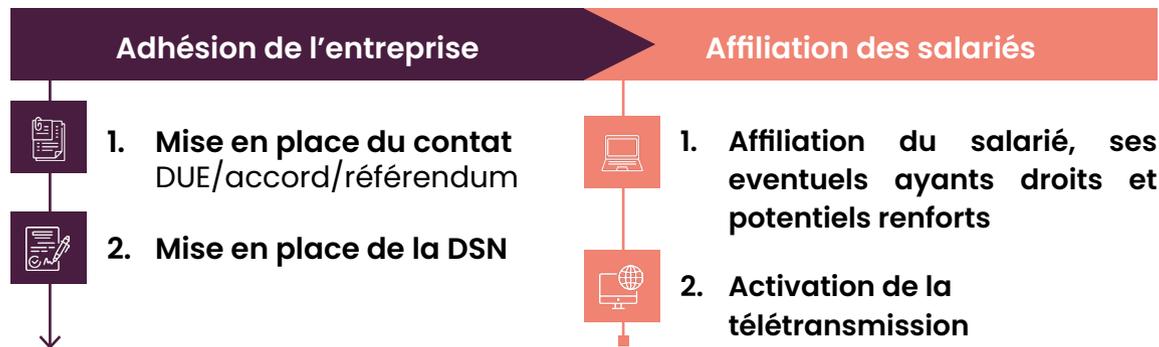
03

Vie du contrat



Sommaire

- 01** Quelles sont les grandes étapes d'une adhésion à un contrat collectif ? 50-56
- 02** Quelles sont les grandes étapes d'une affiliation à un contrat collectif ? 57-61
- 03** Quel maintien des garanties santé et prévoyance pour les ex-salariés ? 62-65
- 04** Quel maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail ? 66-68
- 05** Quel traitement pour les Représentants de Firmes Etrangères (RFE) ? 69-70



1. Mettre en place un contrat collectif

Le courtier sélectionne avec le dirigeant ou le RH de l'entreprise concernée l'offre santé ou prévoyance la plus adaptée aux besoins de l'entreprise.

La mise en place d'un contrat collectif santé ou prévoyance doit respecter un certain formalisme. Trois procédures permettent d'instaurer un régime de protection sociale collectif :

- Décision unilatérale de l'employeur (DUE) ; 🔍
- Accord collectif ; 🔍
- Référendum. 🔍

L'entreprise a la liberté de choisir le mode de mise en place.

Les TPE/PME retiennent généralement la DUE. En effet, elles n'ont pas systématiquement d'interlocuteur pour négocier des accords collectifs, l'utilisation du référendum est donc extrêmement marginal. Toutefois, même en présence de représentants syndicaux dans l'entreprise, une fois souscrit par l'entreprise, la mise en place d'un régime collectif peut être effectuée par DUE qui offre plus de souplesse.

Quel que soit l'acte juridique, la mise en place ou la révision d'un régime collectif d'entreprise doit être précédée d'une information et consultation du Comité social et économique (pour les entreprises de plus de 10 salariés ; article R2312-22 du Code du Travail).

La Décision unilatérale de l'employeur (DUE) 🔍

La DUE est un acte juridique permettant à l'entreprise d'instaurer seule un régime collectif de prévoyance et frais de santé.

Ce document écrit comporte généralement différentes clauses précisant les engagements de l'entreprise et les droits et obligations des bénéficiaires :

- L'objet du régime mis en place (santé ou prévoyance) ;
- Le caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion des salariés ;
- La catégorie de bénéficiaires du régime : ensemble des salariés bénéficiaires des mêmes garanties, ou une partie seulement. Dans ce dernier cas, la distinction doit obligatoirement être opérée selon des critères objectifs (cadres/non cadres par exemple) ;

- Les modalités d'adhésion des ayants droit le cas échéant ;
- Les éventuelles dispenses d'affiliation facultatives ;
- Les modalités de financement du régime et la répartition des cotisations employeur/salariés ;
- La date de prise d'effet du régime et sa durée de validité, les modalités de révision du régime et de dénonciation de la DUE.

Certaines clauses sont obligatoires. Elles sont détaillées dans le Code de la Sécurité sociale (CSS) et doivent, sous peine de nullité, figurer dans l'acte juridique régissant les garanties :

- Régimes santé ou prévoyance : clause de réexamen de l'assureur si celui-ci est mentionné dans l'acte juridique (article L912-1 CSS) ;
- Régimes de prévoyance : clause sur la revalorisation des prestations en cours de service et maintien des garanties décès pour les bénéficiaires de prestations incapacité et invalidité, en cas de changement d'assureur (article L912-3 CSS).



Attention, les dispositions d'une DUE doivent être globalement plus favorables à l'ensemble des salariés que celles prévues par un accord de branche ou une convention collective. Il peut éventuellement y avoir des garanties légèrement moins favorables à condition d'avoir des éléments de compensation.

L'entreprise doit remettre à chaque salarié la DUE et conserver la preuve de cette remise.

En cas de modification de la DUE, l'entreprise doit informer les salariés en amont, leur fournir la nouvelle version et respecter un préavis suffisant, généralement de 3 mois (indiqué dans la clause de révision de la DUE).

De plus, l'entreprise doit également fournir à chaque salarié la notice d'information tout en conservant la preuve de chaque remise.

Le rôle du courtier aidé du courtier grossiste ou de l'assureur est aussi d'accompagner l'entreprise à rédiger sa DUE, notamment pour les TPE/PME généralement peu outillées face à cette obligation.

09/02/2024

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR INSTITUANT UN REGIME COLLECTIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE

A Paris le 09/02/2024

Objet : Mise en place d'un régime collectif de remboursement de frais de santé à adhésion obligatoire, conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Préambule

La Direction de la Société Raison sociale n° SIRET _____ située _____ rue de rochechouart 75009 Paris (ci-après : « la Société »), a décidé de mettre en place un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé à compter du 09/02/2024.

Les objectifs recherchés sont les suivants :

- Inscrire le régime dans le cadre du dispositif législatif des contrats responsables, défini par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale, ainsi que par les différents décrets d'application et arrêtés s'y rapportant ;
- Faire profiter l'ensemble du personnel concerné des dispositions du traitement social et fiscal de faveur des cotisations finançant le régime (en conformité avec le décret du 09 janvier 2012 et ses circulaires d'interprétation, ainsi que le décret du 08 juillet 2014) ;
- Rechercher le meilleur rapport prix/prestations possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime.

L'accord collectif

Un accord peut être négocié au niveau de la branche professionnelle ou de l'entreprise (voire du groupe ou de l'établissement), entre une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de salariés et d'employeurs.

L'accord doit être signé par les organisations ayant recueilli plus de 50 % des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections des représentants du personnel. Dans le cas contraire, une consultation des salariés est nécessaire : l'accord est validé si elle rassemble la majorité des suffrages exprimés.

L'accord d'entreprise s'applique à tous les salariés de l'entreprise ou à certaines catégories, définies selon des critères objectifs. Il doit présenter des garanties au moins équivalentes à celles de l'accord de branche.

Après signature, l'accord d'entreprise doit être déposé en ligne sur la plateforme « TéléAccords », qui se chargera par la suite de transmettre l'acte à la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). Une fois le dossier instruit, un récépissé de dépôt sera remis et devra être conservé.

Le référendum

Tout d'abord l'entreprise doit élaborer un projet d'accord référendaire, soumis à la ratification directe des salariés concernés par le régime complémentaire.

Au préalable, les salariés doivent être informés du contenu du texte qui doit comporter les clauses obligatoires et diverses informations telles que :

- Les bénéficiaires du contrat, la couverture éventuelle des ayants droit, ainsi que les cas de dispense possibles ;
- La nature des garanties ;
- Les modalités de financement du régime.

S'agissant des modalités du vote, la date est fixée par l'employeur, en sachant qu'un délai raisonnable doit s'écouler entre l'annonce de la consultation et la date de la consultation elle-même.

Pour que le projet d'accord référendaire soit adopté, il doit rassembler la majorité des salariés concernés et non simplement des votants. Une fois adopté, il s'impose à tous les salariés de la catégorie, y compris à ceux qui ont voté contre.

2. Mettre en place la DSN

La déclaration sociale nominative (DSN) est une déclaration permettant à l'entreprise de transmettre de façon dématérialisée depuis le logiciel de paie et de gestion RH, les données sociales et les signalements d'événements aux organismes de protection sociale et aux administrations. Dès la mise en place d'un contrat collectif, il faut configurer la DSN pour permettre une circulation fluide de l'information entre l'entreprise et l'assureur.

Exemple de fiche de paramétrage DSN

FICHE DE PARAMETRAGE DSN

Vos contrats d'assurances collectives : complémentaire santé, prévoyance, retraite supplémentaire

Identification de l'entreprise

Raison sociale :

SIREN :

Organisme et contacts

Organisme émetteur :

pour le compte de :

Nom du gestionnaire :

Email :

Téléphone :

Fiche de paramétrage

N° d'identifiant de la fiche : Fiche émise le : 23/10/2020 à 10.58.37

Liste des contrats souscrits par votre entreprise / établissement :

Cotisations individuelles :

Début et fin de validité	Code organisme	Code délégataire	Référence contrat	Code option	Code population	Périodicité paiement	Type de base ou forfait	Montant et / ou Taux	Désignation (libellés contrat / option / population / assiette)
1	S21 G00 15 002 S21 G00 20 001	S21 G00 15 003 S21 G00 20 008	S21 G00 15 001 S21 G00 55 003	S21 G00 70 004 S21 G00 73 002	S21 G00 70 005	Trimestriel	S21 G00 70 001		
1									
1									

La DSN doit être effectuée chaque mois par toutes les entreprises privées via le site net-entreprises.fr.

- Elle permet notamment de :
- Payer les cotisations dues aux **organismes gérant la protection sociale complémentaire** ;
 - **Signaler les arrêts de travail, les arrivées et les départs de l'entreprise** ;
 - **Sécuriser le bon rattachement du salarié à son contrat collectif et donc à ses prestations.**

Identifier les interlocuteurs dédiés à l'assurance collective au sein d'une entreprise

Selon la taille de l'entreprise, les interlocuteurs dédiés à l'assurance santé et prévoyance peuvent varier. Ainsi :

- Dans les TPE, c'est le chef d'entreprise, éventuellement aidé par son expert-comptable, qui peut assurer les formalités relatives à la mise en place d'un contrat collectif ou à sa gestion quotidienne ;
- Dans les PME, il y a généralement un secrétariat de direction qui assiste le chef d'entreprise en gérant notamment les tâches administratives que peut requérir un contrat collectif, mais seul le représentant légal de l'entreprise peut souscrire le contrat ;
- Dans les ETI et grandes entreprises, il existe toujours un pôle dédié aux ressources humaines qui se chargera d'assurer le suivi du contrat santé ou prévoyance collectif.

Adhésion de l'entreprise

Affiliation des salariés



1. Activer le contrat des salariés et de leurs ayants droit

Une fois le contrat collectif mis en place, les salariés doivent obligatoirement être informés. L'employeur est tenue de leur remettre une notice d'information détaillant les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'application.

Par la suite, le salarié concerné remplit et signe un bulletin d'affiliation individuel (qui peut être digitalisé) spécifique en fonction du type de couverture :

- **En santé** : il peut affilier ses ayants droit ou encore souscrire des options facultatives. Pour cela, il devra en outre transmettre quelques documents, notamment :
 - Un Relevé d'identité bancaire (RIB) pour que l'assureur puisse effectuer les remboursements et le cas échéant les prélèvements pour des adhésions payantes ;
 - Autres justificatifs, type attestation de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ;
 - Une copie de son attestation d'Assurance Maladie ainsi que celles des ayants droit à affilier si cette possibilité est prévue par le contrat (attestation accessible sur ameli.fr) ;

- **En prévoyance** : il doit notamment désigner son ou ses bénéficiaire(s) en cas de décès.

Après validation de l'affiliation du salarié, l'assureur lui transmet par mail ou courrier des identifiants de connexion à l'espace client, depuis lequel il pourra notamment :

Affiliation des salariés

- Éditer sa carte de tiers-payant afin de bénéficier d'une dispense d'avance de frais ;
- Envoyer des factures de soins ;
- Transmettre un devis ;
- Suivre ses remboursements de santé.

L'entreprise décide du niveau de garanties socles mis en place dans l'entreprise, dans le respect des obligations légales et conventionnelles. Cependant, de nombreuses entreprises offrent également la possibilité aux salariés qui le désirent d'améliorer leur couverture en optant pour des renforts de leur couverture santé.

Renforts des garanties santé

Le socle de base mis en place dans l'entreprise n'assure pas toujours une couverture répondant aux besoins des salariés.

C'est la raison pour laquelle, les contrats santé d'entreprise proposent généralement des renforts (également appelés options ou surcomplémentaires) que les salariés peuvent librement souscrire en fonction de leurs besoins. Contrairement au socle de base, leur souscription reste totalement facultative.

De manière générale, ces renforts peuvent :

- Porter sur les postes de soins les plus coûteux, notamment les soins dentaires, l'optique et l'hospitalisation ;
- Renforcer la prise en charge de certains postes spécifiques (par exemple les dépassements d'honoraires) ;
- Renforcer l'ensemble des garanties du contrat socle.

En tout état de cause, les niveaux de protection et le nombre d'options proposés varient selon les assureurs.

Affiliation des salariés



Si l'entreprise ne propose pas de renfort, le salarié peut toujours compléter les garanties souscrites par son employeur en optant pour une surcomplémentaire santé individuelle. Il disposera ainsi d'une meilleure prise en charge de ses frais de santé.

Il peut aussi arriver que les renforts proposés par l'entreprise ne soient pas adaptés aux besoins du salarié. Là encore, la souscription d'un contrat individuel complétant le socle de base peut être intéressante.

En revanche, cela est généralement plus coûteux et le tiers payant ne fonctionnera pas pour cette surcomplémentaire individuelle souscrite séparément.

Le financement de ces renforts est assuré par le salarié seul, l'entreprise n'y participe pas.

Possibilité d'extension des garanties aux ayants droit

La loi n'oblige pas l'employeur à protéger les ayants droit du salarié. Toutefois, une extension de la couverture frais de santé collective à la famille du salarié est possible :

- Sur décision de l'entreprise ;
- Si une convention collective l'impose. Par exemple, le rattachement des enfants à charge du salarié au contrat santé d'entreprise est obligatoire dans la CCN Syntec.

Finalement, plusieurs cas peuvent se présenter :

- La couverture des ayants droit n'est pas prévue par le contrat ;
- Elle est prévue mais est facultative ;
- Elle est obligatoire.

Affiliation des salariés

Exemple de fonctionnement des renforts :

		Contrat socle	Option A
Optique			
Équipements optiques	Classe B - Panier libre		
	Équipement optique comprenant 2 verres	280 €	+120 €
	Équipement optique comprenant 1 verre simple et 1 verre complexe	310 €	+130 €
	Équipement optique comprenant 2 verres complexes	340 €	+140 €

Prenons l'exemple de l'extrait d'un tableau de garanties ci-dessus pour un assuré qui doit changer ses lunettes (équipement avec des verres simples). Il va être pris en charge différemment s'il a souscrit un renfort :

- S'il ne l'a pas souscrit : il sera pris en charge au maximum à hauteur de 280€ ;
- S'il l'a souscrit : il pourra être remboursé jusqu'à 400€.



2. Activer la télétransmission Noémie (lien entre le contrat santé et la Sécurité sociale)

Une fois l'adhésion au contrat santé effective, l'assureur active la télétransmission NOEMIE avec la caisse d'assurance maladie.

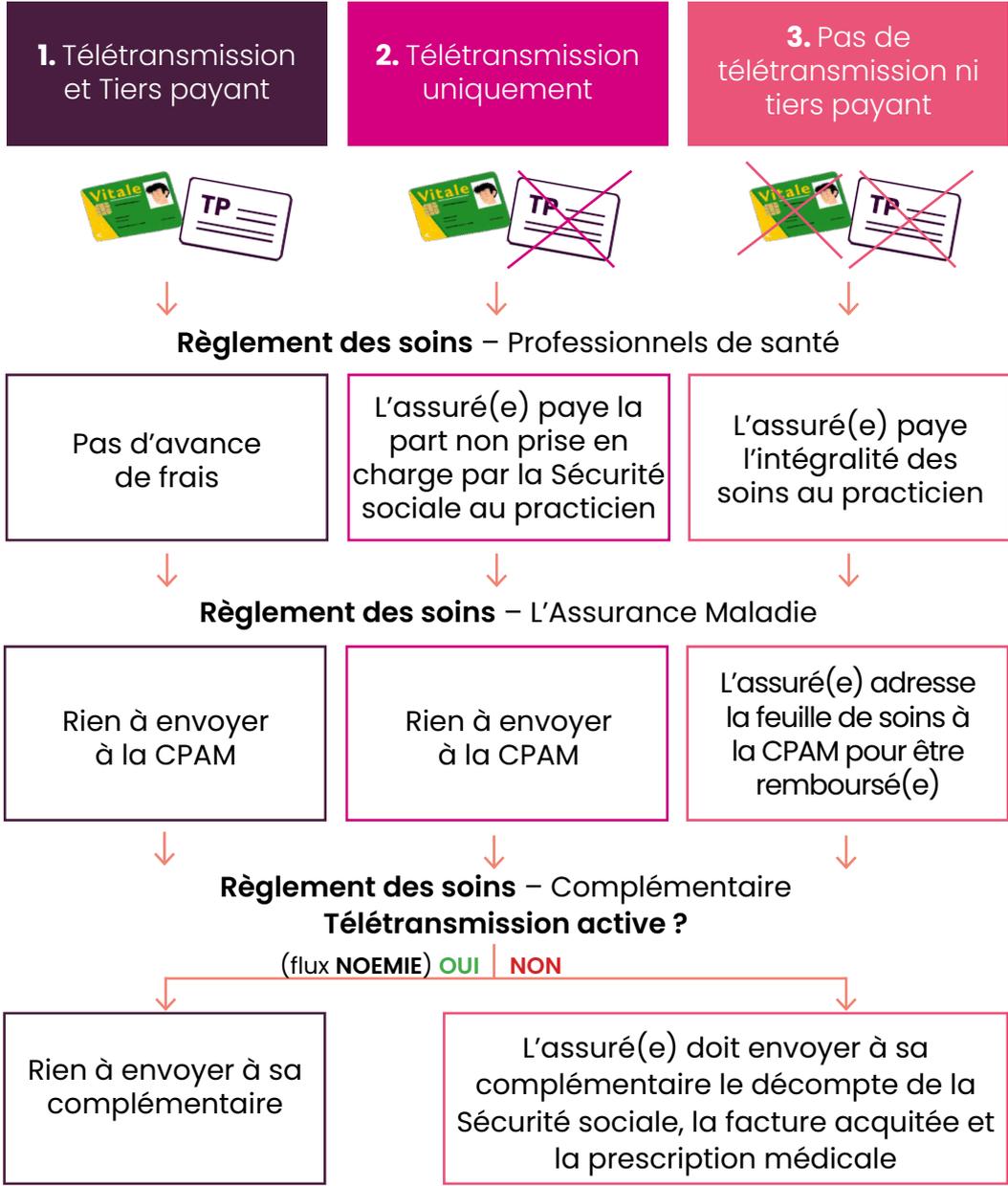
La télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs) est le système d'échanges entre la Sécurité sociale et les complémentaires santé. Elle permet de transmettre directement les décomptes de la Sécurité sociale (la part prise en charge par la Sécurité sociale) à la complémentaire santé pour que cette dernière calcule sa prise en charge.

Affiliation des salariés

Très concrètement, lorsque le salarié paie un acte médical et que sa carte vitale lui est demandée, la Sécurité sociale récupère les informations lui permettant de rembourser sa part. Parallèlement, la Sécurité sociale télétransmet via le système NOEMIE son décompte à la complémentaire santé qui peut alors rembourser sa part en fonction du contrat collectif souscrit.

Fonctionnement de la télétransmission et du Tiers Payant

L'assuré bénéficie de :



En cas de rupture du contrat de travail du salarié, se pose la question du devenir de la couverture complémentaire santé et prévoyance dont ce dernier bénéficiait avant de quitter l'entreprise.

Santé et prévoyance : qu'est-ce que la portabilité ?

Sous conditions, le salarié dont le contrat est rompu peut bénéficier du maintien (ou « portabilité ») de la couverture complémentaire dont il jouissait jusqu'alors dans son entreprise en matière de santé et de prévoyance jusqu'à 12 mois maximum après son départ, le tout gratuitement. Il s'agit d'une obligation légale pour toutes les entreprises, quel que soit le secteur d'activité. Des conventions collectives peuvent améliorer ce droit (par exemple, la CCN du bâtiment prévoit une durée de portabilité de 36 mois).

A noter, la portabilité suit les évolutions éventuelles des garanties en vigueur dans l'ancienne entreprise. En effet, la loi prévoit que les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié soient celles en vigueur dans l'entreprise. Aussi, en cas de résiliation du contrat, les garanties s'arrêtent, tant pour les actifs que pour les ex-salariés en portabilité.

Précision sur la portabilité de la garantie incapacité : le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

En pratique, l'ex-salarié en arrêt maladie n'est plus pris en charge par France Travail, mais il est indemnisé par l'Assurance maladie.

Les Indemnités Journalières (IJ) complémentaires aux IJ de la Sécurité sociale versées par l'assureur de son ancien employeur sont plafonnées au montant des allocations chômage.

L'assuré devra donc adresser à l'assureur :

- Les justificatifs de l'indemnisation versée par la Sécurité sociale ;
- Les justificatifs du montant des allocations versées par France Travail avant son arrêt maladie.

Qui peut bénéficier de la portabilité ?

Pour bénéficier de la portabilité, le salarié doit remplir certaines conditions :

- La rupture de son contrat de travail ne doit pas être consécutive à un licenciement pour faute lourde ;
- La cessation de son contrat doit ouvrir droit à une prise en charge par l'Assurance chômage.

Aussi, évidemment, le salarié doit être adhérent à la couverture complémentaire proposée par son entreprise au jour de la cessation de son contrat de travail. Il ne doit pas avoir demandé à bénéficier d'une dispense d'adhésion.

Sous réserve de remplir l'ensemble des conditions précitées, peut notamment prétendre au maintien de ses garanties santé et prévoyance après son départ de l'entreprise :

- Le salarié licencié pour motif économique ou personnel, faute (sauf en cas de faute lourde), insuffisance professionnelle, etc. ;
- Le salarié qui part à la suite d'une rupture conventionnelle ;
- Le salarié ayant démissionné pour un motif légitime au sens de l'Assurance chômage (créer ou reprendre une entreprise, mission d'intérêt général...) ;
- Le salarié dont le contrat à durée déterminée (CDD) est arrivé à son terme ou a été rompu.

La démission simple n'ouvre aucun droit.

A noter que les ayants droit du salarié qui étaient couverts par les garanties santé d'entreprise à la date de cessation du contrat de travail bénéficieront également du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité. Ce maintien de la couverture santé pour les ayants droit est également gratuit, même si le salarié finançait entièrement la part de cotisation afférente à leur couverture lorsqu'il était dans l'entreprise.

La couverture est ainsi maintenue pendant la durée de la portabilité des droits du salarié et à condition qu'ils justifient toujours pendant cette période de leur qualité d'ayant droit.

À quel moment démarre la portabilité ? Quand prend-elle fin ?

Le salarié qui remplit les conditions précitées peut conserver les garanties santé et prévoyance dont il bénéficiait dans son entreprise à compter de la date de cessation de son contrat de travail et pour une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail (ou des derniers contrats de travail s'ils sont consécutifs chez le même employeur). Quoiqu'il en soit le maintien des garanties ne peut excéder plus de 12 mois (hors CCN plus favorable).

Exemple : le salarié qui s'est ouvert des droits à assurance chômage et dont le dernier contrat de travail a duré 7 mois bénéficiera de la portabilité pendant 7 mois. Le salarié comptabilisant 9 ans d'ancienneté pourra quant à lui en bénéficier pendant 12 mois.

A noter : la durée du dernier contrat de travail du salarié est appréciée en mois entiers.

La portabilité cesse :

- À l'issue de la période de maintien des droits ;
- À l'expiration des droits au chômage ;
- À la reprise d'un nouvel emploi entraînant la fin de l'indemnisation au titre du chômage ;
- De plein droit, en cas de décès.



La Cour de cassation a confirmé, dans un arrêt du 15 février 2024, que les garanties maintenues aux salariés étant celles en vigueur dans l'entreprise, la résiliation du contrat liant l'employeur à l'assureur met fin à la portabilité.

Que se passe-t-il après ?

Une fois la période de portabilité terminée, si l'assuré souhaite continuer à bénéficier d'une prévoyance et/ou d'un contrat santé il devra souscrire un contrat de son côté.

Au titre de l'article 4 de la loi Evin, l'assureur doit toutefois adresser une proposition de maintien de la couverture santé (la prévoyance n'est pas concernée) à l'ancien salarié dans un délai de 2 mois au plus tard après la fin de la période de portabilité, s'il justifie toujours de ses droits aux allocations chômage. Cela concerne également les anciens salariés qui quittent leur entreprise et peuvent bénéficier d'une pension de retraite ou d'une rente d'invalidité.

Ce nouveau contrat sera cette fois-ci :

- Payant, c'est-à-dire que la cotisation sera intégralement prise en charge par l'ex-salarié pour une période de 3 ans :
 - La première année, le tarif doit être identique à celui de la cotisation globale applicable dans l'entreprise ;
 - La deuxième année le tarif ne peut augmenter de plus de 25 % ;
 - Et la troisième année de plus de 50 %.
- Et limité à sa durée de perception d'un revenu de remplacement (allocations chômage, mais éventuellement suivies d'une pension de retraite).

A noter que si les garanties du contrat sont les mêmes que celles en vigueur chez l'ancien employeur, celles-ci ne suivront pas les éventuelles évolutions ultérieures.

Pour bénéficier de cette proposition, l'ex-salarié devra en faire la demande au plus tard 6 mois après la fin de la portabilité.

Dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, l'assureur est tenu de proposer le maintien des garanties santé à l'ancien salarié, mais pas à ses ayants droit.

Dans la mesure où la loi Evin ne concerne pas les garanties de prévoyance, l'ex-salarié doit veiller à se couvrir à titre individuel en la matière. ■



La crise sanitaire du Covid-19 a engendré un recours en masse à l'activité partielle. Pendant cette période, ce sont en effet près de 8 millions de salariés qui ont vu leur contrat de travail suspendu pour ce motif. La question du maintien des garanties santé et prévoyance collectives au profit des salariés dans cette position s'est alors très largement posée.

Le Législateur a dû intervenir pour prévoir un maintien des garanties santé et prévoyance avec une loi d'urgence. A l'issue de cette loi d'application temporaire, les contrats d'assurance et les actes juridiques régissant les garanties ont dû être mis en conformité avec les obligations de maintien. La période de mise en conformité s'achève au 31 décembre 2024.

Aujourd'hui, les branches professionnelles se saisissent de ce sujet, pour finaliser leur mise en conformité, voire pour améliorer ce droit à maintien. Il existe plusieurs cas de suspension du contrat de travail. Pendant ces périodes, le contrat de travail du salarié n'est pas rompu, il reste dans les effectifs et ses garanties santé et prévoyance ne sont pas systématiquement maintenues.

L'impact de la suspension du contrat de travail sur les garanties santé et prévoyance

Pour rappel, la suspension du contrat de travail correspond à la situation où les conditions essentielles au contrat de travail cessent de manière temporaire sans pour autant occasionner la rupture du contrat de travail. Concrètement, le salarié n'est plus tenu d'exécuter son travail et l'employeur, lui, n'a plus toujours à rémunérer le salarié.

Il convient de distinguer les périodes de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation et les périodes de suspension non indemnisées.

Le maintien des garanties santé et prévoyance complémentaires au bénéfice des salariés indemnisés pendant la période de suspension du contrat de travail conditionne le respect du caractère collectif et obligatoire du régime et permet donc de bénéficier des exonérations de cotisations sociales.

Suspension du contrat de travail indemnisée

Lorsque la suspension du contrat de travail s'accompagne, soit d'un maintien de salaire (total ou partiel), soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, soit du versement par l'employeur d'un revenu de remplacement (exemple dans le cas de l'activité partielle), les garanties de santé et prévoyance complémentaires sont obligatoirement maintenues pour le salarié.

Donnent notamment lieu à indemnisation :

- Le congé maladie ;
- Le congé maternité ou paternité ;
- Le congé pour accident du travail ou maladie professionnelle ;
- Le congé d'adoption ;
- L'activité partielle.

Pendant la période de suspension du contrat de travail, l'entreprise et le salarié doivent continuer à verser les cotisations à ces couvertures selon la répartition prévue par l'acte juridique régissant les garanties dans l'entreprise.

Pour la prévoyance (rarement sur la santé) et sauf dispositions plus favorables prévues par l'acte juridique régissant les garanties, lorsque les cotisations et prestations sont basées sur le salaire brut, cette assiette est remplacée par le montant de l'indemnisation versée pendant la période de suspension.

Il est toutefois possible de calculer les cotisations sur la base de la rémunération moyenne des 12 derniers mois avant la suspension, afin de ne pas pénaliser le salarié par un calcul sur une base minorée si un arrêt maladie, une invalidité ou un décès intervient pendant cette période.

Suspension du contrat de travail non indemnisée

Dans certaines situations la suspension du contrat de travail n'ouvre droit à aucune indemnisation. Tel est le cas, à défaut d'obligations conventionnelles contraires, pour :

- Le congé parental d'éducation ;
- Le congé de solidarité familiale ;
- Le congé de présence parentale ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé pour création d'entreprise...

De manière générale, en cas d'absence d'indemnisation versée directement ou indirectement par l'entreprise pendant la suspension, les garanties de santé et prévoyance ne sont pas maintenues au profit du salarié.

Il est important que cette information figure dans l'acte juridique régissant les garanties dans l'entreprise afin que le salarié sache que sa couverture d'entreprise s'interrompt et qu'il puisse chercher une solution d'assurance individuelle.



De nombreux accords de branche prévoient un maintien de certaines garanties, au moins temporairement, pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans indemnisation.

Par exemple, la CCN de la métallurgie prévoit le maintien des garanties santé et prévoyance, sans cotisation, pour le mois en cours et le mois civil suivant la suspension du contrat. Au-delà, cette CCN indique que le salarié concerné doit avoir la faculté de maintenir les garanties santé et décès dont il bénéficiait, à condition d'assumer le paiement intégral des cotisations correspondantes.

L'entreprise peut elle-même prévoir un maintien de certaines garanties. Elle doit alors formaliser les conditions de maintien dans l'acte juridique régissant les garanties visées. Elle doit notamment indiquer dans la DUE si le maintien est temporaire ou sur toute la durée de la suspension du contrat, si le financement doit être entièrement pris en charge par le salarié ou si elle a négocié avec l'assureur une mutualisation des cotisations permettant un maintien sans cotisation pendant cette période.

Elle doit au préalable vérifier que l'assureur permette ce maintien de garanties à titre facultatif. Cela est assez courant pour les frais de santé, mais moins fréquent pour la garantie décès, qui est pourtant le risque le plus important à assurer, surtout pour les salariés qui s'interrompent pour congé parental ou congé proche aidant.

Absence de maintien des garanties : rester couvert à titre individuel est important

Le salarié est ici dans une situation nettement moins favorable qu'en cas de rupture de son contrat de travail, où il peut, sous conditions, bénéficier de la portabilité de ses garanties.

Ce dernier doit donc être vigilant en cas de suspension de son contrat de travail sans maintien de salaire.

A cet égard, il peut notamment :

- Vérifier dans l'acte juridique qui régit les garanties dans son entreprise si une solution de maintien est prévue et dans quelles conditions ;
- A défaut, souscrire un contrat à titre individuel. Cela est particulièrement important si les enfants et/ou son conjoint sont également inscrits sur la couverture santé d'entreprise. Le cas échéant, ces derniers pourraient se retrouver eux aussi sans couverture. ■

Tout comme leurs homologues françaises, les sociétés étrangères qui s'implantent en France ont des obligations envers leurs salariés et notamment en matière de protection sociale dont la couverture complémentaire santé et prévoyance.

Cependant, il n'est pas simple de mettre en place une couverture pour ces entreprises. En effet, les produits du marché ne prévoient pas forcément la couverture de ce type d'entreprise et certaines adaptations du parcours d'adhésion sont nécessaires, notamment pour des entreprises en cours d'immatriculation auprès des autorités françaises lors de leur implantation sur le territoire.

Société étrangère implantée en France : rappel sur les formes d'implantation

Une société étrangère souhaitant s'implanter en France a la possibilité de :

- Constituer une filiale, c'est-à-dire une société de droit français immatriculée au registre du commerce et des sociétés (RCS). Elle est contrôlée par la société mère et dispose d'une personnalité juridique et peut valablement conclure des contrats « classiques » ;
- Ouvrir une succursale qui doit être immatriculée au RCS. Cependant, elle n'a pas de personnalité juridique contrairement à la filiale, elle ne dispose donc d'aucune autonomie juridique et les actes conclus par le représentant de la succursale sont au nom et pour le compte de la société étrangère ;
- Créer un bureau de liaison, plus souple que la succursale. Celui-ci n'est pas soumis à l'obligation d'immatriculation au RCS.

Les obligations en matière de protection sociale

En matière de protection sociale, les représentants de firme étrangère, les salariés d'une filiale et d'une succursale sont affiliés à la Sécurité sociale française, notamment lorsqu'ils travaillent de façon permanente sur le territoire français ou lorsqu'ils sont envoyés temporairement en France sans bénéficier de la procédure de détachement et donc du maintien du régime étranger.

Ils bénéficient alors de la même protection que les salariés des entreprises françaises contre les risques suivants :

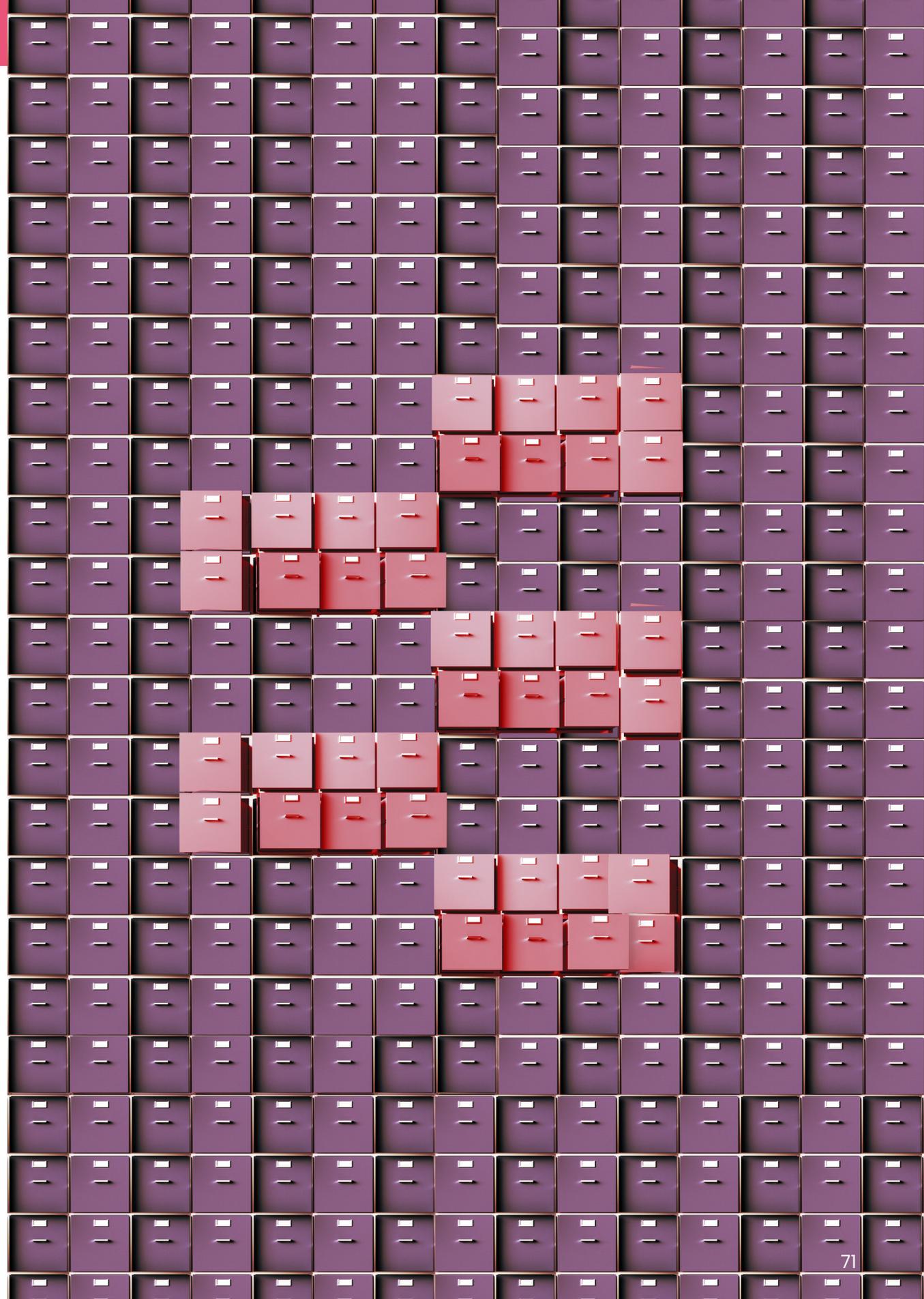
- Maladie, maternité ;
- Invalidité, décès, accident du travail-maladie professionnelle ;
- Vieillesse (retraite de base et complémentaire), famille et chômage.

Complémentaire santé et prévoyance collectives pour le représentant de firme étrangère

L'entreprise étrangère doit souscrire un contrat collectif santé et/ou prévoyance pour ses salariés. Ces derniers ont les mêmes droits que les salariés d'une entreprise française dont :

- Le contrat santé collectif doit répondre aux critères des contrats responsables (rembourser l'intégralité du ticket modérateur pour tous les actes remboursés par l'Assurance maladie, prendre en charge le forfait journalier en cas d'hospitalisation...), respecter les règles instaurées par l'ANI et le 100% santé ;
- La participation employeur de minimum 50% est également valable ;
- Il en est évidemment de même pour les contrats prévoyance qui doivent notamment respecter le 1,50% patronal ;
- Les obligations CCN sont aussi à respecter ;
- Enfin, les salariés d'une entreprise étrangère bénéficient aussi de la portabilité de leur contrat santé ou prévoyance à la fin de leur contrat de travail.

Bien que la gestion de ces contrats soit similaire aux contrats « classiques », un traitement particulier est nécessaire. Il est notamment important de fournir des documents en anglais ou encore d'accompagner étroitement ces entreprises étrangères peu familières avec la réglementation sociale française. ■



Sommaire

- 01** Quelles évolutions réglementaires dans les prochains mois ? 74-75
- 02** Quelle dispense d'adhésion du salarié couvert par un autre régime de santé ? 76
- 03** La prévoyance d'entreprise obligatoire pour tous : bientôt une réalité ? 77
- 04** Quel avenir pour le contrat responsable ? 78



04

Actualités de la Collective

Deux évènements récents – la crise sanitaire et la fusion des régimes AGIRC et ARRCO – ont impacté les régimes frais de santé et prévoyance mis en place dans les entreprises.

Pour éviter un contentieux Urssaf ou prud'homal, les entreprises doivent mettre en conformité les actes juridiques régissant ces garanties sur deux points : la définition des catégories objectives et les clauses de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée.

Nouvelle définition des catégories objectives

Les cotisations patronales pour financer les régimes de protection sociale complémentaire peuvent bénéficier d'un régime social avantageux. Pour cela, le régime doit être collectif et à adhésion obligatoire, couvrant soit l'ensemble des salariés, soit certaines catégories définies selon des critères limités.

Catégories cadres / non-cadres

La fusion des régimes AGIRC et ARRCO en 2019 a modifié la définition des cadres. Auparavant, un cadre était défini selon des articles spécifiques de la Convention Collective Nationale AGIRC de 1947, et cotisait uniquement à l'AGIRC. Désormais, cette classification repose sur l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2017, en particulier les articles 2.1 et 2.2, qui redéfinissent les critères pour déterminer qui relève du statut de cadre ou assimilé cadre. Cette nouvelle définition doit être respectée dans la définition des catégories de salariés.

Tranches de rémunération

Dorénavant, il n'est plus possible de définir une catégorie objective en fonction des anciennes tranches de rémunération AGIRC (TA, TB, TC). Désormais, les tranches de rémunération sont fixées en fonction du PASS de l'année en cours (T1 et T2) : l'entreprise peut utiliser un seuil de rémunération égal au PASS, ou à 2, 3, 4, ou 8 fois ce plafond, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède 8 fois ce plafond. Cette règle doit être respectée dans la définition des catégories de salariés.

Délai de mise en conformité

Les entreprises doivent réviser leurs actes juridiques (décision unilatérale de l'employeur, accords collectifs ou référendums) pour adapter la définition des catégories de salariés. Cette mise en conformité doit être effectuée avant le 31 décembre 2024. Par leur devoir de conseil, les courtiers jouent un rôle dans le suivi de cette mise en conformité.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Lors de la crise sanitaire, de nombreux salariés furent placés en activité partielle, une situation entraînant la suspension du contrat de travail. La loi d'urgence du 17 juin 2020 avait instauré le maintien des garanties santé et prévoyance pour ces salariés.

> Voir article : Quel maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail ?

Une instruction ministérielle du 17 juin 2021 reprise dans le Bulletin officiel de la Sécurité sociale, pérennise cette règle. Elle impose le maintien des garanties santé et prévoyance en cas de suspension du contrat de travail indemnisée, à savoir celle où le salarié bénéficie :

- D'un maintien total ou partiel, de salaire ;
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- D'un revenu de remplacement versé par l'entreprise (activité partielle, congé de reclassement, de mobilité...).

L'entreprise doit veiller à actualiser l'acte régissant ces garanties sur ce point, sans quoi le caractère collectif du régime serait remis en cause.

Maintien des garanties : délai de mise en conformité

Les régimes frais de santé et prévoyance mis en place par décision unilatérale doivent déjà être mis à jour : la date butoir était fixée au 1er janvier 2023.

En revanche, l'entreprise a jusqu'au 1er janvier 2025 pour se mettre en conformité si l'acte juridique instituant le régime est un accord collectif de branche ou d'entreprise, ou un accord référendaire. ■

Les salariés peuvent, sous conditions, demander une dispense d'adhésion aux garanties complémentaires obligatoires mises en place dans l'entreprise, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du régime.

Un salarié peut ainsi être dispensé d'adhérer au régime obligatoire de son entreprise quand il bénéficie par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective obligatoire.

Dans un arrêt du 7 juin 2023, la Cour de cassation est venue préciser ce cas de dispense en répondant à la question suivante : un employeur peut-il s'opposer à une dispense d'adhésion au régime de protection sociale complémentaire obligatoire qu'il a mis en place, pour la seule raison que l'acte régissant le régime complémentaire dont bénéficie par ailleurs le salarié en tant qu'ayant droit prévoit l'adhésion de ces derniers à titre facultatif ?

La réponse est non : si le salarié est ayant droit d'un régime collectif et obligatoire, peu importe que l'affiliation des ayants droit soit obligatoire ou facultative. L'entreprise ne peut donc pas s'opposer à sa dispense d'adhésion. ■

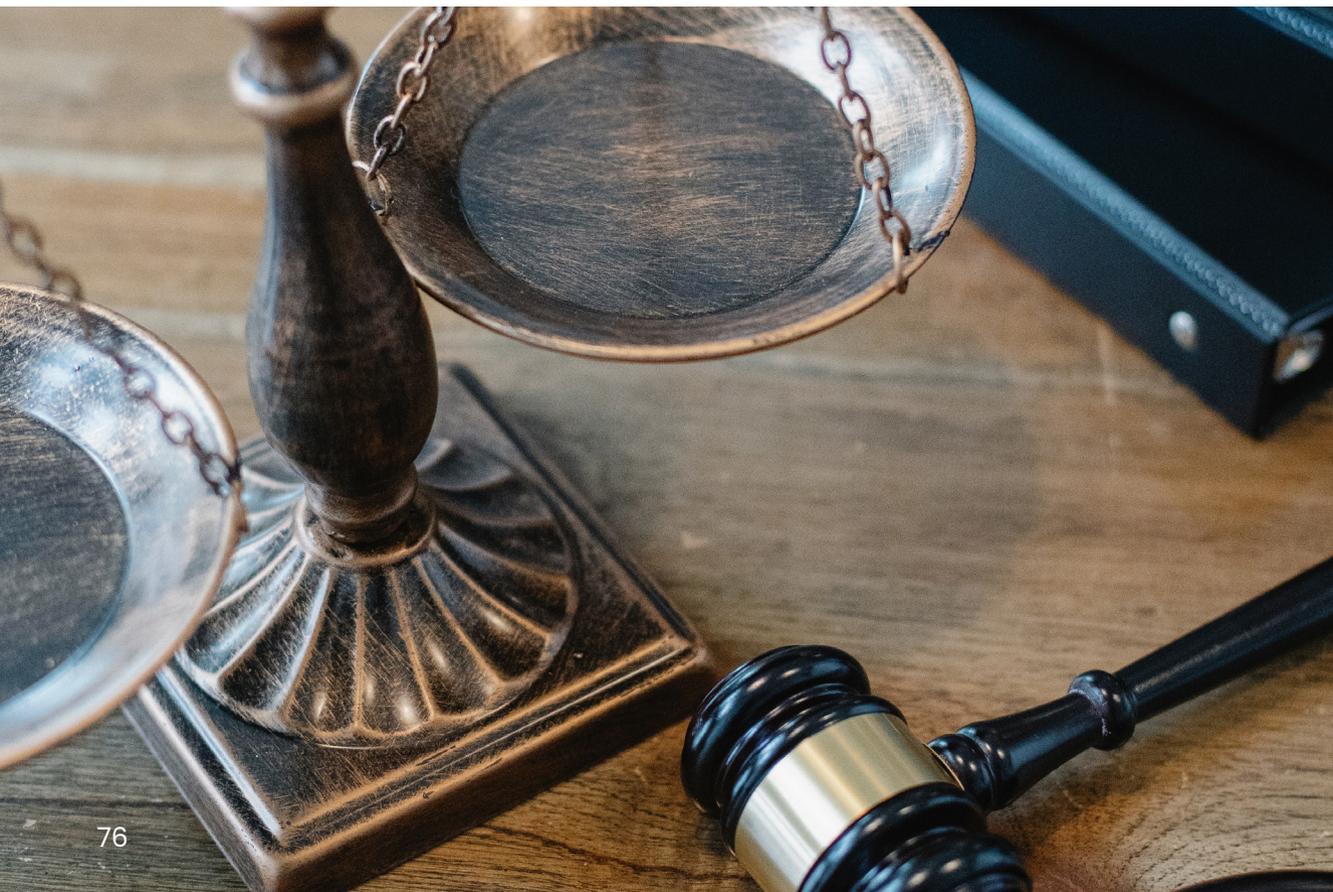
Peu avant la dissolution de l'Assemblée nationale, le 28 mai dernier, des députés de l'ancienne majorité présidentielle avaient déposé une proposition de loi visant à instaurer une prévoyance collective obligatoire pour tous les salariés (cadres et non cadres).

Ce texte, dont l'avenir reste à cette heure inconnu, évoquait deux dates cibles :

- Le 1er janvier 2025 : date à laquelle les organisations patronales et syndicales auraient dû engager des négociations au niveau de chaque branche dans lesquelles les salariés ne bénéficient pas d'une prévoyance obligatoire, ou disposent de garanties insuffisantes en la matière ;
- Le 1er avril 2027 : date à laquelle les entreprises non couvertes auraient dû mettre en place un régime de prévoyance collective.

Côté financement, le texte prévoyait l'obligation, pour l'entreprise de prendre en charge au moins la moitié de la cotisation. Cette dernière devait être fixée à au moins 1,50 % du salaire, dans la limite du PASS.

La généralisation de la prévoyance représenterait une grande opportunité d'équipement tout comme l'a été l'ANI en 2016. ■



Depuis plusieurs années, les contrats responsables de complémentaire santé subissent des hausses de primes importantes. Deux facteurs principaux alimentent cette tendance : la hausse des dépenses de santé et le transfert progressif de charges de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) vers les organismes complémentaires (AMC).

Les dépenses de santé continuent de croître, tant en termes de fréquence des consultations qu'en ce qui concerne le coût des soins médicaux. En 2022, les prestations versées par les organismes complémentaires ont ainsi augmenté de près de 4 %, avec des hausses marquées dans certains postes comme l'optique. Cette augmentation de la consommation de soins a notamment été alimentée ces dernières années par le dispositif 100 % Santé.

Le transfert progressif de certaines dépenses de l'AMO vers les AMC est un autre facteur de la hausse des primes. L'État réduit progressivement la part de remboursement assurée par l'Assurance Maladie sur certains actes, transférant une plus grande part aux complémentaires santé. Le ticket modérateur sur les soins dentaires est ainsi passé de 30 % à 40 % en 2023, ce qui a représenté un surcoût annuel estimé à 500 millions d'euros pour les AMC.

Vers un développement des contrats non-responsables ?

Face à la hausse continue des coûts de santé et au transfert de charges de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) vers les organismes complémentaires (AMC), les contrats non-responsables pourraient gagner en popularité, notamment auprès des TPE et PME. De telles offres offriraient une plus grande flexibilité en permettant aux entreprises de cibler les postes de dépenses réellement nécessaires, réduisant ainsi le poids de leurs cotisations. Toutefois, l'absence d'avantages fiscaux et sociaux associés aux contrats responsables reste, à ce stade, un frein majeur à leur développement.

Si les tendances observées se poursuivent, le marché pourrait donc évoluer à terme vers une polarisation : certaines entreprises, soucieuses de réduire leurs coûts à court terme, pourraient opter pour des contrats non-responsables, tandis que d'autres, plus sensibles aux incitations fiscales et à la sécurité juridique, pourraient continuer à privilégier les contrats responsables. ■



ENTORIA



À vos côtés.
Pour longtemps.

Entoria – 166 rue Jules Guesde – 92300 Levallois-Perret
SAS au capital de 2 273 292,66 € – SIREN 804 125 391 RCS Nanterre – N° ORIAS : 19 005 943