

Protection sociale complémentaire

Les règles d'exonération précisées par un décret

(Décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014, JO du 10 juillet 2014)

Le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 vient modifier les conditions dans lesquelles un régime de protection sociale complémentaire dit "collectif et obligatoire" peut établir des catégories distinctes de salariés et prévoir des dispenses d'affiliation : le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire se trouve donc réformé par ce présent décret.

Ce texte précise et clarifie, d'une part, la définition des catégories objectives de salariés et détermine, d'autre part, les cas de dispense d'adhésion de salariés à un régime complémentaire mis en place à titre obligatoire dans l'entreprise. L'entrée en vigueur de ce décret est fixée au lendemain de sa publication au journal officiel, soit le 11 juillet 2014.

➤ Caractère obligatoire de la protection sociale complémentaire et dispenses d'adhésion déterminées

Comme déjà précisé dans les Informations Mensuelles du mois de février dernier, et au plus tard le 1er janvier 2016, toute entreprise devra mettre en place des garanties collectives et obligatoires « frais de santé » en application de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi. Toutefois, certains salariés pourront être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation, soit en fonction de la nature de leur contrat de travail, soit parce qu'ils disposent déjà d'une complémentaire santé.

Si, par le décret du 9 janvier 2012, certaines catégories peuvent déjà être dispensées, à leur initiative (et si le socle juridique le précise), de cette obligation d'adhésion, la loi du 14 juin 2013, puis la circulaire DSS du 25 septembre 2013 ont conduit les pouvoirs publics à adapter le dispositif.

Le décret du 8 juillet 2014 (qui modifie donc les dispositions du décret du 9 janvier 2012) modifie notamment l'article R. 241-1-6 du Code de la Sécurité sociale pour prévoir que les cas de dispense d'affiliation des salariés en CDD (ou en contrat de mission), apprentis ou salariés à temps partiel, sont applicables, même si le régime a été mis en place par décision unilatérale de l'em-

ployeur, étant donné que, faute d'accord de branche ou d'entreprise au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra recourir à une décision unilatérale pour mettre en place la complémentaire santé obligatoire dans son entreprise. En d'autres termes, les cas de dispense d'adhésion sont ouverts quel que soit l'acte juridique fondateur des garanties (accord collectif, ratification à la majorité des intéressés ou décision unilatérale de l'employeur).

Le texte énonce, par ailleurs, les cas de dispense suivants :

- salariés bénéficiaires de la CMUC ou de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Dans ce cas, l'entreprise devra procéder à leur affiliation à la date où les salariés cessent effectivement de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- salariés bénéficiaires d'une assurance individuelle "frais de santé" au moment de la mise en place des garanties, ou de l'embauche si elle est postérieure. Toutefois, la dispense ne joue que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- salariés qui bénéficient, par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs prévus par arrêté, comme le régime local d'Alsace-Moselle, à condition de le justifier chaque année.

À noter : le document de demande de dispense du salarié doit désormais comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Par ailleurs, on soulignera que, si les dispenses d'adhésion à un régime de protection sociale complémentaire sont bien à l'initiative du salarié, elles ne sont possibles qu'à partir du moment où elles sont prévues dans l'acte juridique (CSS, art. R. 242-1-6).

Enfin, le décret précise que la mise en œuvre de ces cas de dispense s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent,

des dispositions de l'article 11 de la loi Evin du 31 décembre 1989, selon lesquelles "Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place, à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un système de garanties collectives contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système".

➤ Contribution de l'employeur

L'article R. 241-1-4 du Code de la Sécurité sociale a été légèrement modifié (au 3° les mots "une progression au moins aussi importante" ont remplacé "cette progression") :

"Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette, les contributions de l'employeur mentionnées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens de l'article R. 242-1-1, sauf dans les cas suivants :

1° La prise en charge par l'employeur de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

2° La modulation par l'employeur des contributions relatives à la couverture des garanties de prévoyance complémentaire en fonction de la composition du foyer du salarié ;

3° En matière de prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude, la mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération dans la mesure où une progression au moins aussi importante est également appliquée aux contributions des salariés".

Sans remettre en cause le caractère collectif du régime et l'exonération de cotisations, des exceptions sont prévues. L'employeur pourra ainsi prévoir :

- de mettre en place, à titre obligatoire, des garanties supplémentaires au profit des ayants droit du salarié.

La part de la contribution patronale correspondant à ces garanties n'est alors pas soumise à cotisations (à l'inverse, si la couverture des ayants droit est facultative, la part de la contribution employeur correspondante est soumise à cotisations) ;

- en cas d'employeurs multiples, un partage de la contribution patronale finançant une garantie de protection sociale complémentaire donnée. Le partage s'opèrera selon des conditions que les employeurs détermineront conjointement.

➤ Catégories objectives

L'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale qui prévoit que le caractère collectif d'un régime de protection sociale complémentaire est respecté si tous les salariés sont couverts (sauf dispenses) ou si une ou plusieurs "catégories objectives de salariés" le sont, est modifié. Les cinq critères per-

mettant de constituer des catégories objectives sont désormais :

- l'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres (sans changement) ;
- un "seuil de rémunération" déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations de retraite complémentaire. Toutefois, les salariés dont la rémunération annuelle est supérieure à 8 plafonds de la sécurité sociale ne peuvent, à eux seuls, constituer une catégorie ;
- la place dans les classifications professionnelles définies par les conventions collectives (et non plus "l'appartenance aux catégories et classifications") ;
- les sous-catégories fixées par conventions ou accords et définies par référence au niveau de responsabilité, au type de fonctions, au de-

gré d'autonomie dans le travail (sans changement), mais également, désormais, à l'ancienneté ;

- l'appartenance aux catégories issues d'usages (inchangé) ou du champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire qui assure la couverture du risque concerné (régime spécial de sécurité sociale) ou du champ d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un ANI.

Les modes d'utilisation de ces critères dépendent des garanties mises en place (retraite supplémentaire, prévoyance, frais de santé).

L'article R. 241-1-2 du Code précité est modifié pour préciser que les garanties destinées à couvrir "la perte de revenu en cas de maladie" sont intégrées dans la prévoyance complémentaire au titre de l'incapacité (et non dans la complémentaire santé). ■

Protection sociale complémentaire

Le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire à respecter est précisé

(Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, JO du 10 septembre 2014)

On rappellera au préalable que c'est dans le cadre de la loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi prévoyant, notamment, la généralisation de la couverture santé pour l'ensemble des salariés, que le décret du 8 septembre dernier vient définir le panier minimal de soins à respecter par les entreprises.

Pour mémoire, les entreprises devront être couvertes par un accord (de branche ou d'entreprise) au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

➤ Le panier minimal de soins

La couverture collective obligatoire doit respecter un niveau minimal de garanties, dont le contenu a été fixé dans l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 sur la sécurisation de l'emploi comme couvrant "au minimum, pour le seul salarié, un panier de soins" défini comme suit :

- 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital ;
- le forfait journalier hospitalier ;

- 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires ;
- un forfait optique de 100 € par an.

Le décret précité reprend donc les grandes lignes de ce panier de soins et détaille son contenu. Ainsi, aux termes de l'article D. 911-1 nouveau du Code de la Sécurité sociale, le contrat complémentaire santé généralisé d'entreprise doit prendre en charge les éléments suivants :

- **pour les soins de ville**, au minimum, l'intégralité de la participation de l'assuré ou "ticket modérateur" pour les consultations du médecin dans le cadre du parcours de soins, et pour les frais de laboratoire et de pharmacie prescrits par ledit médecin.

En revanche, la prise en charge n'est pas obligatoire pour les médicaments traitant des troubles sans gravité, ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et pour les spécialités homéopathiques et les frais liés à une cure thermale. Par ailleurs, le "panier de soins" ne peut pas

prendre en charge la majoration du ticket modérateur due en cas de non-respect du parcours de soins, de même que les participations forfaitaires et les franchises ;

- pour les frais d'hospitalisation, la prise en charge est au minimum fixée au niveau du ticket modérateur. Toutefois, concernant le forfait journalier hospitalier (18 € à l'hôpital ou en clinique ou 13,50 € en psychiatrie), il doit être pris en charge intégralement, sans limitation de durée ;
- pour les prothèses et l'orthodontie, le minimum est fixé à 125 % de la base de remboursement ;
- pour les frais d'optique : la prise en charge d'un équipement complet (monture et verres) est limitée à une paire par période de deux ans (sauf pour les enfants de moins de six ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle). Le minimum de prise en charge est fixé à 100 € pour les verres simples, 150 € (voire 200 €) pour les verres complexes. ■