



FORM' ACTION

FEDERATION CGT DES SOCIETES D'ETUDES

263 rue de Paris - Case 421 - 93514 MONTREUIL CEDEX

Tél : 01 55 82 89 41 - Fax : 01 55 82 89 42 – Email : fsetud@cgt.fr - Site : <http://www.soc-etudes.cgt.fr>

SECURITE SOCIALE ET COMPLEMENTAIRE SANTE

[Journée d'études du 24 mai 2016]

Intervenants : Oscar REBELLO – Patricia BECHU – Olivier BREYAT / MALAKOFF MEDERIC

Avec la généralisation de la complémentaire santé obligatoire depuis 2013 et en application depuis le 1^{er} janvier 2016, la fédération a souhaité présenter aux élu-e-s et mandaté-e-s les enjeux liés à la couverture sociale et décrypter les modifications qui depuis l'instauration de la Protection Sociale en 1947, ont bouleversé le paysage du système de solidarité français. La loi du 14 juin 2013, qui fait suite à l'Accord National Interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013 entre le MEDEF, la CFDT, la CFTC et la CGC, privilégiait la mise en œuvre d'une complémentaire santé au niveau de la branche professionnelle. Cependant, le conseil constitutionnel a invalidé les clauses de désignation qui permettent aux branches de négocier pour toutes les entreprises du secteur à tarif identique. C'est donc au niveau de l'entreprise que se généralise la couverture complémentaire santé dans un contexte de retrait massif de la Sécurité Sociale pour les soins courants.

Position du problème

La généralisation de la complémentaire santé devait jouer un rôle majeur pour garantir le droit à la santé pour tous. « *Le donnant donnant* » que l'accord de flexi-sécurité, dit Accord National Interprofessionnel (ANI) conclu en 2013 devait donner aux salariés, était un leurre. L'accès à une complémentaire obligatoire pour tous contre la perte d'acquis sociaux a plutôt pris la forme d'un formidable émiettement, avec des systèmes évoluant d'une entreprise à une autre. Le système n'est pas devenu plus généreux, il est devenu de plus en plus inégalitaire. Face à cette politique de libéralisation qui détruit les principes fondateurs du système de protection sociale français basé sur la solidarité, nous souhaitons alerter et informer les élu-e-s et mandaté-e-s des enjeux de ces nouvelles dispositions.

Si l'ANI a été présenté par les pouvoirs publics comme un moyen de lutter contre la dérive inégalitaire du système de santé français en permettant à tous d'avoir une assurance santé complémentaire, il ne fait, en réalité, qu'accentuer les inégalités déjà existantes. Les personnes non couvertes par une assurance santé complémentaire sont principalement des chômeurs, des étudiants, des retraités et des précaires (CDD courts ainsi que les « petits » temps partiels), soient ceux qui ne sont pas visés par la loi ! En effet, l'ANI n'améliore la couverture santé que des actifs et de leurs ayants droit âgés de 18 à 60 ans. Il resterait une part de population non couverte de 6,8% pour les personnes âgées de plus de 80 ans (Enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES de 2015).

La réforme ne supprimera pas les inégalités et les plus de 70 ans, les inactifs, et les plus précaires dont beaucoup d'étudiants resteront sans couverture complémentaire. Les retraités en particulier qui vont voir leur pension s'effondrer du fait des différentes réformes des retraites vont devoir s'acquitter de prime d'assurance santé très élevée (du fait de leur âge etc...). La privatisation de la santé est fortement coûteuse pour les finances publiques, le choix d'étendre la couverture maladie en assurant la promotion de l'assurance complémentaire plutôt qu'en étoffant la Sécurité Sociale est un choix inégalitaire. Il ne faut pas voir la dépense de santé comme une charge, mais plutôt comme un investissement pour le futur. Il est grand temps de limiter la croissance des complémentaires santé et de favoriser une prise en charge à 100% de la Sécurité Sociale. Celle-ci permettra de limiter les inégalités sociales de santé, améliorera la prévention et se traduira à terme par des économies.

1) Contexte de la protection sociale

Le désengagement de la Sécurité Sociale dont le régime général avoisine les 9,5 M de déficit en 2015 et les évolutions législatives, réglementaires et conventionnelles incitent au développement des couvertures « collectives » :

1985 : Décret instaurant des plafonds d'exonération

1989 : Loi « Evin »

1994 : Livre IX du CSS + Désignations

2000 : Création de la CMU-C

2003 : Réforme des conditions d'exonération : Loi « Fillon »

2004 : Contrat responsable

2005 : Instauration de l'ACS

2008 : Portabilité

2012 : Décret sur les conditions d'exonération

(cat. objectives - modif. 2014)

2013 : ANI et LSE

2015 : Réforme du contrat responsable

2016 : Généralisation de la couverture frais de santé



2) Les définitions à connaître

L'assurance collective ou de groupe (**L.141-1 du Code des assurances**) : « est un contrat d'assurance de groupe le contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage. Les adhérents doivent avoir un lien de même nature avec le souscripteur ».

Dans l'assurance collective de **salariés** :

- le contrat d'assurance est souscrit par le chef d'entreprise,
- les assurés sont les salariés de l'entreprise.

Dans l'assurance collective de **Travailleurs Non-Salariés (TNS)** (ex. : contrats « Madelin ») :

- le contrat d'assurance est souscrit par une association,
- les assurés sont les travailleurs non-salariés adhérant à l'association (ex :

➤ **Assurances collectives ou de groupe s'adressent :**

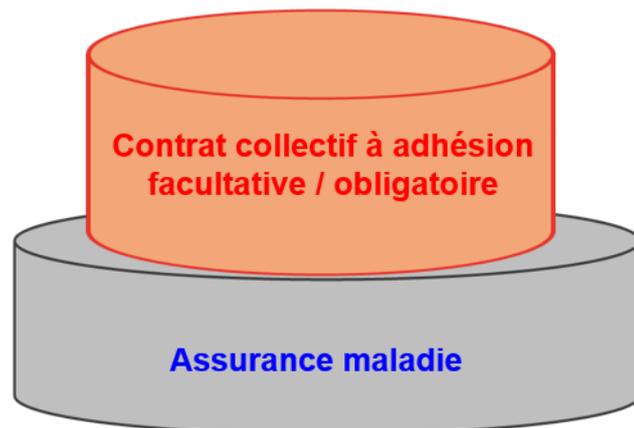
Assurance Collective de salariés	Assurance Collective de Travailleurs Non-Salariés (TNS) (Contrats « Madelin » et « hors Madelin »)
<p>Salariés (a contrario : ne sont pas concernés les stagiaires, les intérimaires n'ont pas de lien avec l'entreprise d'accueil)</p> <p>Dirigeants assimilés à des salariés au regard de la Sécurité Sociale (gérants minoritaires ou égalitaires de SARL, PDG et DG de SA et de SAS)</p>	<p>Exploitants Individuels (commerçants, artisans, professions libérales)</p> <p>Dirigeants non-salariés au regard de la Sécurité Sociale (exemple : gérants majoritaires de SARL)</p>

➤ **Prévoyance complémentaire**

« Il convient de considérer prioritairement si un lien avec les risques couverts par les régimes de base de sécurité sociale peut être établi » (circulaire du 30 janvier 2009, fiche 9).

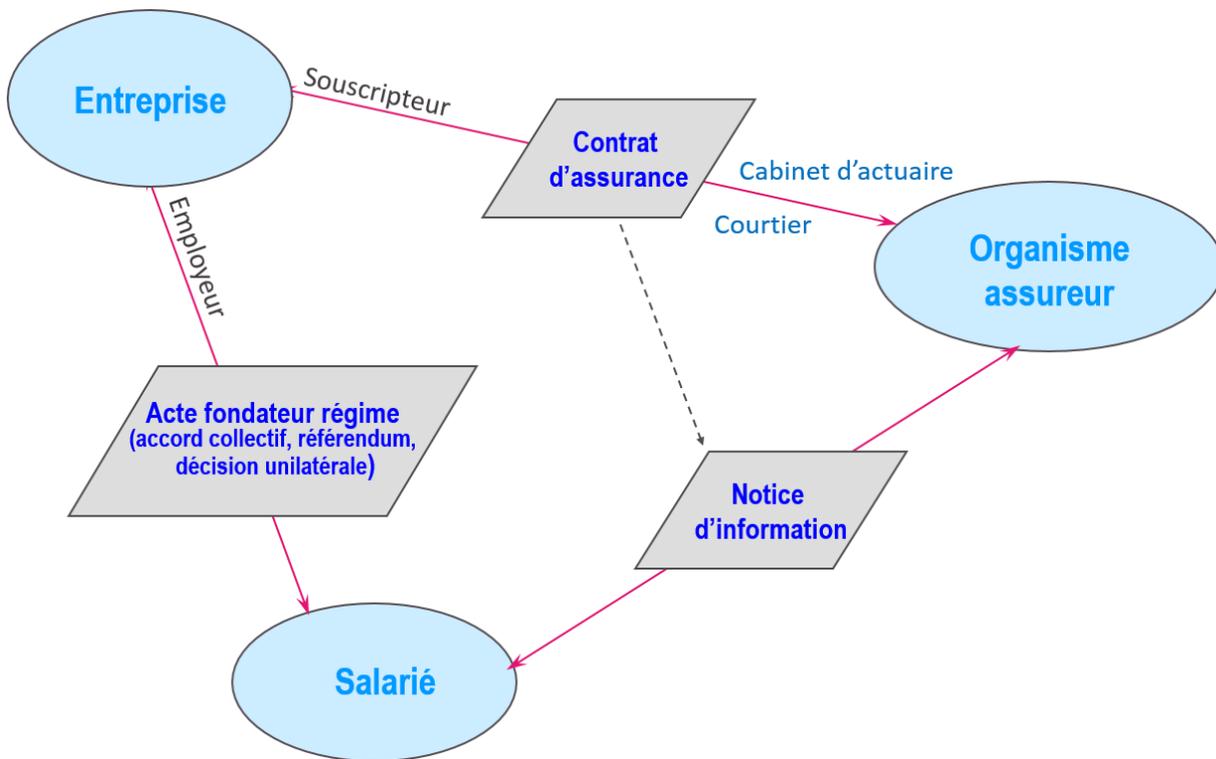
Couverture complémentaire ou surcomplémentaire

Couverture de base

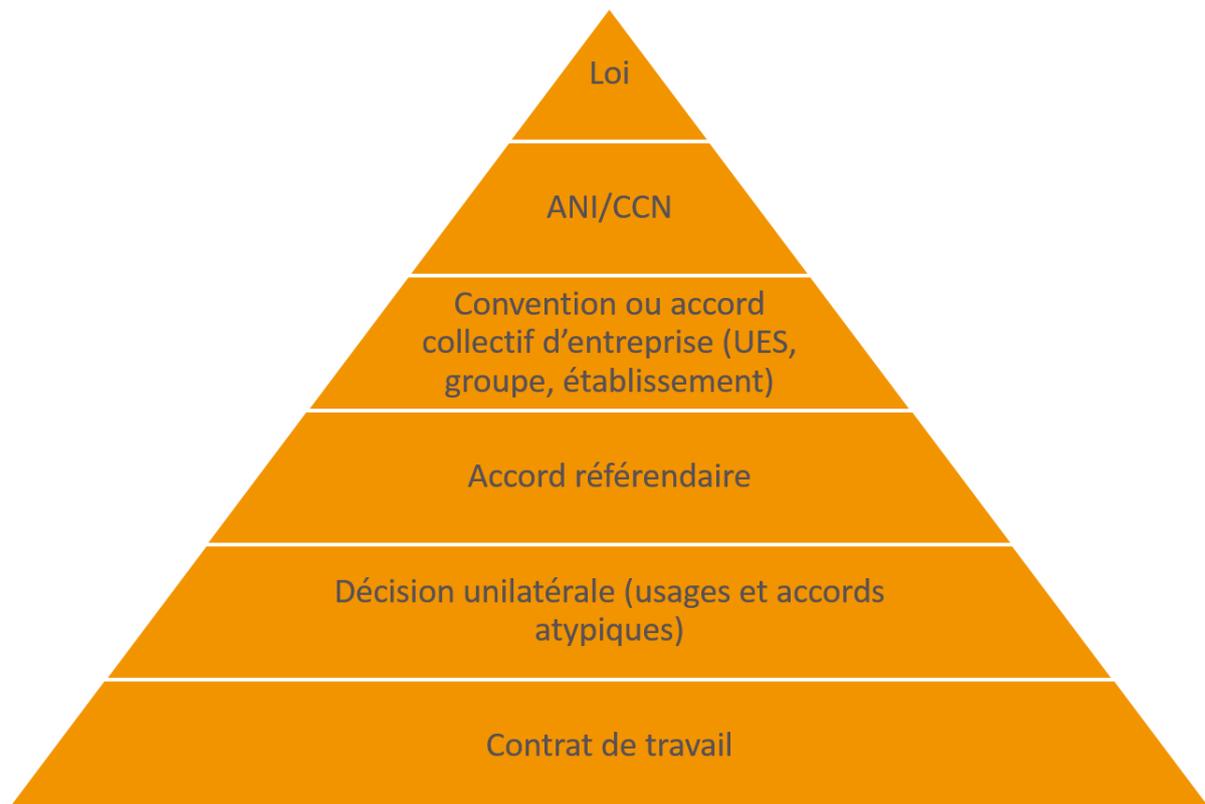


3) Les acteurs de la protection sociale complémentaire

SHEMA DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE



HIERARCHIE DES NORMES DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE



LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

1) La généralisation de la couverture frais de santé

❖ Article 1 de l'ANI du 11 janvier 2013

Début des négociations avant le **01/04/2013** au sein des branches professionnelles ne disposant pas d'une couverture collective frais de santé à adhésion obligatoire – modalités :

- Liberté pour les entreprises de retenir l'organisme assureur de leur choix,
- Possibilité de « recommander » un ou plusieurs organismes assureurs,
- Obligation de mise en œuvre d'une procédure transparente de mise en concurrence.

Si absence d'accord de branche avant le **01/07/2014**, les entreprises (en possibilité) devaient négocier dans le cadre de leur obligation de négociation annuelle (art.2242-11de Code du Travail).

Si absence de couverture au **01/01/2016**, institution :

- Par voie de DUE (décision unilatérale de l'employeur),
- Du panier de soins minimum,
- Financement partagé également entre salariés et employeurs.

❖ La Loi Sécurisation Emploi du 14 juin 2013

Création d'un article L.911-7 du CSS (ancienne version...) :

*«I.- Les entreprises **dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire** en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident déterminé selon des modalités mentionnées à l'article L.911-1 dont chacune des catégories mentionnées aux II et III du présent article sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, dans le respect de l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision.*

Le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 précise notamment :

- Le niveau minimal des garanties,
- Les conditions dans lesquelles certains assurés peuvent demander à être dispensés de l'obligation d'affiliation, pour leur propre couverture **ou pour celle de leurs ayants droit.**

Modification de l'article L.911-7 du Code Sécurité Sociale par la Loi Financement de la Sécurité Sociale pour 2016. Avant la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) pour 2016, incertitudes sur l'étendue de l'obligation de financement patronal (juste le panier de soins).

Depuis LFSS pour 2016 (et son décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015) :

- **50% sur toute la couverture :**
*« III –L'employeur assure au minimum la moitié du financement **de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés** en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ».*
- **Instauration de nouveaux cas de dispenses** dits « *de droit* » pour les régimes obligatoires de frais de santé.

2) Les dispenses et chèque santé

❖ Les dispenses de droit

Dispenses « de droit » des salariés	Evènement(s) déclencheur(s)
Dispense article 11 loi « Évin »	
Dispense article 11 loi Evin : salariés employés avant la mise en place de la couverture par DUE sous réserve d'un précompte salarial	✓ Au moment de la mise place par DUE
Dispenses art. D.911-2 du CSS (évolutions LFSS 2016)	
Salarié bénéficiant d'une couverture santé individuelle => dispense jusqu'à l'échéance du contrat individuel	✓ À la date de mise en place du régime ✓ Au moment de l'embauche
CDD & contrat de mission (durée de couverture < 3 mois et bénéficiant d'une couverture responsable)	
Salariés bénéficiant de prestations servies, au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit (Contrat collectif obligatoire, Alsace-Moselle, IEG, Fonction publique, Madelin)	✓ À la date de mise en place du régime ✓ Au moment de l'embauche ✓ À la date de prise d'effet de la couverture ou d'un dispositif
Salariés bénéficiant de l'ACS ou de la CMU-C => dispense jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent d'en bénéficier	

Dispenses « de droit » applicable aux ayants droit (art. D.911-3 du CSS)	Evènement(s) déclencheur(s)
Ayants droit couverts à titre obligatoire qui bénéficient par ailleurs de l'un des dispositifs suivants :	
Couverture collective et obligatoire	✓ A tout moment, dès l'acquisition de la qualité d'ayant droit
Régime local d'Alsace-Moselle	
Régime complémentaire d'assurance maladie IEG	
Mutuelles des fonctions publiques	
Couverture « Madelin »	

❖ Caractère obligatoire (dispenses) : les garanties sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, aux choix du salarié prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous :

- Régime mis en place par DUE seulement : salariés embauchés avant la mise en place du régime
- Régime mis en place par DUE ou accords collectifs ou référendaires :
 - CDD et apprenti ≥12 mois couverts individuellement,
 - CDD et apprenti ≤12 mois,
 - salarié à temps partiel et apprenti si cotisation supérieure à 10% de leur rémunération brute,
 - salarié bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS jusqu'à échéance de l'aide,
 - salarié couvert par un contrat individuel « *santé* » jusqu'à son échéance,
 - salarié couvert par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, par l'une des couvertures listées par l'arrêté du 26 mars 2012 (régime entreprise collectif et obligatoire art L.242-1 du CSS, régime Alsace-Moselle, régime IEG (Industries Electriques et Gazières), couverture de la fonction publique, contrats Madelin, ENIM (Etablissement National des Invalides de la Marine) et SNCF (circulaire DSS du 25/09/2013)). Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Les points de vigilance : prévoir la dispense dans l'acte juridique, le salarié qui souhaite bénéficier d'une dispense doit en faire la demande et l'employeur doit conserver la demande et demander chaque année au salarié concerné la justification de la dispense.

Situation des ayants droit : la part des contributions de l'employeur correspondant aux garanties supplémentaires au profit des ayants droit du salarié bénéficie de l'exclusion de l'assiette lorsque ces garanties sont mises en place à titre obligatoire, le cas échéant sous réserve des dispenses prévues à l'art.242-1-6, attention si participation de l'employeur à la couverture facultative des ayants droit : contribution patronale soumise à charge.

Situation des couples en entreprise : si la couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit. Si la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

❖ Le versement santé

La création de l'article L.911-7-1 du CSS par la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) – le Versement Santé (VS) :

Principe : l'employeur répond à son obligation de généralisation par le versement d'une somme représentative du financement de la couverture Frais de Santé obligatoire et de la portabilité.

3 cas de versements :

➤ **Salarié en Contrat à Durée Déterminée – en Contrat de mission :**

- Dont la couverture est d'une durée inférieure à 3 mois (la durée est appréciée à la date de prise d'effet du contrat et sans tenir compte de la portabilité).
- et justifiant disposer d'une couverture « **solidaire et responsable** ».

Demande au moment de son embauche/ou à la date de mise en place des garanties. Sous réserve que le dispositif ait été institué au niveau de la branche /à défaut par accord d'entreprise/à défaut par DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur s'il ne bénéficie pas d'une couverture obligatoire (jusqu'au 31 décembre 2016)).



- **CDD- Salarié en contrat de mission** (≤ à 3 mois),
- **A temps partiel** (durée effective de travail ≤ à 15h/semaine), justifiant disposer d'une couverture, pour la période concernée : « *Solidaire et responsable* ».

Le versement santé ne saurait se cumuler avec :

- ACS et la CMU-C,
- Une couverture collective et obligatoire (même en qualité d'ayant droit),
- Une couverture complémentaire donnant lieu à participation financière d'une collectivité publique.

La modalité de calcul du versement santé est la suivante :

Mensuellement : sur la base d'un montant de référence auquel est appliqué un coefficient « *temps de travail* » puis un coefficient « *portabilité* ». Le montant de référence, c'est la contribution de l'employeur par mois (établi au réel ou de manière forfaitaire).

En l'absence de montant applicable au financement de la couverture collective et obligatoire, le montant de référence est fixé à 15 euros ou, pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime Alsace Moselle, à 5 euros (ces montants constituent en tout état de cause des planchers).

La durée effective de travail

Le coefficient temps de travail :

La durée mensualisée (durée légale du travail)

(Ce coefficient n'est pas applicable à la contribution proportionnelle)

Le coefficient portabilité : il est établi à 105% en cas de CDI et 125% en cas de CDD ou contrat de mission.

Le versement santé bénéficie du même régime social et fiscal de faveur que la contribution finançant un régime obligatoire de frais de santé.

3) La portabilité L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 reprend en les aménageant les principales mesures décidées entre les partenaires sociaux dans le cadre de l'ANI du 11 janvier 2013.

Le champ d'application et l'entrée en vigueur :

- le 1^{er} juin 2014 en Fonds de Solidarité,
- le 1^{er} juin 2015 en prévoyance (décès, incapacité, invalidité et dépendance).

Les personnes couvertes :

- Anciens salariés, en cas de rupture du contrat de travail, ouvrant droit à l'assurance chômage (sauf licenciement pour faute lourde).

Les garanties concernées :

- Le dispositif concerne toutes les garanties santé et prévoyance collectives mises en place dans l'entreprise sans distinction entre régimes obligatoires et facultatifs.

Le financement :

- « *maintient à titre gratuit* » pour le salarié bénéficiaire ;
- Mutualisation par le biais de la négociation collective, au niveau des branches ou des entreprises (BET) = fin du cofinancement !

La durée :

- A compter de la date de cessation du contrat de travail ;
- Durée égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail (ou de la durée totale des contrats successifs chez le même employeur) appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur ;
- **1 mois au minimum /durée maximale 12 mois.**

Obligations de l'ancien employeur :

- informer le salarié de son droit à portabilité dans le certificat de travail ;
- informer l'assureur des cessations de contrat de travail déclenchant le droit à portabilité.

L'articulation de la portabilité avec l'article 4 de la loi « Evin » : cet article 4 de la loi permet aux retraités, aux chômeurs indemnisés, aux salariés en incapacité et aux ayants droit d'un salarié décédé de conserver la prévoyance. Avec le report de départ du délai de 6 mois pour demander l'article 4 de la loi Evin à la fin de période de portabilité.

4) Le 1,50% TA (Tranche A)

Article 7 de la Convention Collective Nationale AGIRC du 14 mars 1947 (1,50% TA)

Obligation catégorielle :

- Cadres et assimilés (art.4 et 4 bis de la CCN de 1947)

Obligation :

- Tout employeur doit verser à un organisme assureur une cotisation d'au moins 1,50% sur la tranche A des salaires, affectée en priorité à la garantie décès (soit au moins 076% TA).

Sanction forfaitaire :

- En l'absence de garantie, si décès d'un cadre, l'employeur sera tenu de verser aux ayants droits une somme égale à 3 PASS, Plafond Annuelle de la Sécurité Sociale (soit 115848 € en 2016).

5) La mensualisation ou « maintien de salaire »

« tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière » (L.1226-1 et D.1226-1 et s. du CSS).

- **Obligation à la charge exclusive de l'employeur,**
- **La gestion peut être internalisée ou externalisée (organisme assureur couvre le risque de devoir maintenir le salaire).**

Condition d'ancienneté minimale	• 1 an
Délai de carence	• 7 jours sauf AT-MP

Ancienneté	< 1	1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	31 et +
Maintien pdt								
90% du brut	0	30	40	50	60	70	80	90
66,6% du brut	0	30	40	50	60	70	80	90

6) Les clauses de recommandations

Le conseil Constitutionnel déclare l'article L.912-1 du CSS contraire à la Constitution (décision n°2013-672 du 13 juin 2013) :

- « 13. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que **les dispositions de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale portent à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques** ; que, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres griefs (...), ces dispositions **ainsi que celles de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale doivent être déclarées contraire à la Constitution** » ;

Le Conseil Constitutionnel précise les effets de sa décision sur « les contrats en cours » :

- « 14. Considérant que la déclaration d'inconstitutionnalité de l'article L.212-1 du code de la Sécurité sociale prend effet à compter de la publication de la présente décision ; qu'elle n'est toutefois pas applicable aux contrats pris sur ce fondement, en cours lors de cette publication, et liant les entreprises à celles qui sont régies par le code des assurances, aux institutions relevant du titre III du code de la sécurité sociale et aux mutuelles relevant du code de la mutualité ; »

L'avis du Conseil d'Etat (CE) du 26 septembre 2013.

La décision de la chambre sociale de la Cour de cassation du 11 février 2015/22 septembre 2015.

En synthèse :

Procédure de mise en concurrence préalable (principe de transparence, d'impartialité et d'égalité – D.912-1 à D.912-13 du CSS)

- Procédure inférieure ou égale à 52 jours ;
- Publication d'un avis d'appel à concurrence ;
- Ouverture des plis des candidats ;
- Examen des offres ;
- Sélection de l'organisme par la commission paritaire (décision de rejet accompagné des motifs).

Définition des situations de conflits d'intérêts (D.912-9 du CSS) : « est considéré comme situation de conflit d'intérêts le cas où l'un des membres de la commission paritaire ou, le cas échéant, de la commission paritaire spéciale exerce une activité salariée ou a exercé, au cours des cinq dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes, au sein des organisations candidats ou de groupe auquel appartiennent ces organismes ».

Dans ce cadre, les organismes recommandés :

- ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord ;
- sont tenus d'appliquer un tarif unique ;
- sont tenus d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés ;
- adressent annuellement au ministre chargé de la sécurité social un rapport sur la mise en œuvre du régime +DES (Degré Elevé de Solidarité).

La recommandation passe par l'institution d'un Degré Elevé de Solidarité (DES) (L.9126-R912- et suivants) : au moins 2% de la prime /cotisation doit servir à financer des prestations à caractère non directement contributif, notamment (au moins 1) :

- **soit par une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de tout ou partie**
 - des salariés ou apprentis dont la durée du CDD ou du contrat de mission est inférieur à 12 mois ;
 - des salariés ou apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10% de leurs revenus bruts ;
- **soit par, des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de politique de santé ;**
- **soit, la prise en charge de prestations d'action sociale (salariés, anciens salariés ou leurs ayants droit) :**
 - à titre individuel : aides et secours individuels ?
 - à titre collectif : aides pour faire face à la perte d'autonomie.

La commission paritaire oriente et contrôle la mise en œuvre du DES.

1) Le cadre fiscal

- ❖ **Pour l'entreprise : principe : article 39 du CGI (Code Général des Impôts) :** « *le bénéfice net est établi sous déduction de toutes charges, celles-ci comprenant, (...), notamment les frais généraux de toute nature, les dépenses de personnel et de main-d'œuvre, le loyer des immeubles dont l'entreprise est locataire* ».

Selon le CGI, la jurisprudence et la doctrine fiscale, le financement en question doit répondre à 3 conditions cumulatives :

- L'avantage doit correspondre à un travail effectif et ne doit pas être excessif eu égard à l'importance du service rendu ;
 - L'entreprise doit perdre la libre disposition de ce financement ;
 - Et enfin, les cotisations doivent être versées dans l'intérêt de l'entreprise, ce qui suppose qu'elles soient versées conformément à un engagement juridiquement opposable et qu'elles financent un régime bénéficiant à une catégorie objectivement définie de salariés.
-
- ❖ **Pour le salarié : principe : art.82 du Code Général des Impôts :** « *pour la détermination des bases d'imposition, il est tenu compte du montant net des traitements, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, ainsi que de tous les avantages en argent ou en nature accordés aux intéressés en sus des traitements, indemnités émoluments, salaires, pensions et rentes viagères proprement dits* ».

Mais le financement d'un régime de protection sociale collectif et obligatoire peut être déduit du salaire imposable sous certaines conditions et certaines limites : **article 83 du CGI** :

- Déductibilité du financement patronal (prévoyance lourde),
 - Déductibilité du financement salarial (prévoyance lourde et santé) des revenus soumis à l'Impôt sur le Revenu dans la limite d'un plafond.
-
- ❖ **Le plafond d'exonération :** CGI : « *Les cotisations ou les primes déductibles (en prévoyance ou en santé) le sont dans la limite d'un montant égal à la somme de 5% du (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale) et de 2% de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2% de 8 fois le montant annuel du plafond précité* ».

2) Le cadre social

Le financement patronal et charges sociales :

- **Cotisations sociales** (sauf exclusion) (L.242-1 et D.242-1 du CSS),
- **Forfait social** (L.137-15 et s.),
- **1 à 10 salariés : pas de forfait,**
- **11 salariés et + : 8%,**
- **CSG/CRDS** (L.136-1 et s. et ordonnance du 24 janvier 1996).

Prévoyance – Frais de Santé et charges sociales : principe L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)
« *Pour le calcul des cotisations de sécurité sociale, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entreprise d'un tiers à titre de pourboire* ». Mais exclusions de l'assiette des cotisations Sécurité Sociale des contributions patronales des régimes de PSC (Protection Sociale Complémentaire).

- Dans la limite d'un plafond (D.242-1 CSS),
- Sous réserve de respecter certaines conditions (garanties collectives et obligatoires) (L.242-1 al.6 du CSS).

Pour l'employeur : le plafond d'exonération : D.242-1

- **6% du PASS + 1,5% de la rémunération annuelle brute dans la limite de (12% PASS),**
- Le plafond annuel de la SS est au 1^{er} janvier 2016 à **38.616€**,
- **6% du PASS 2016= 2.317€**,
- **12% PASS= 4.634€**.

❖ **Pour bénéficiaire des exonérations** : art L.242-1 alinéa 6/art L.911-1et L.911-2 code Sécurité Sociale :

- **Un régime formalisé : accord collectif, référendaire, DUE (L.911-1),**
- **Caractère collectif :**
 - Ensemble des salariés
 - Ou une catégorie objective de personnel

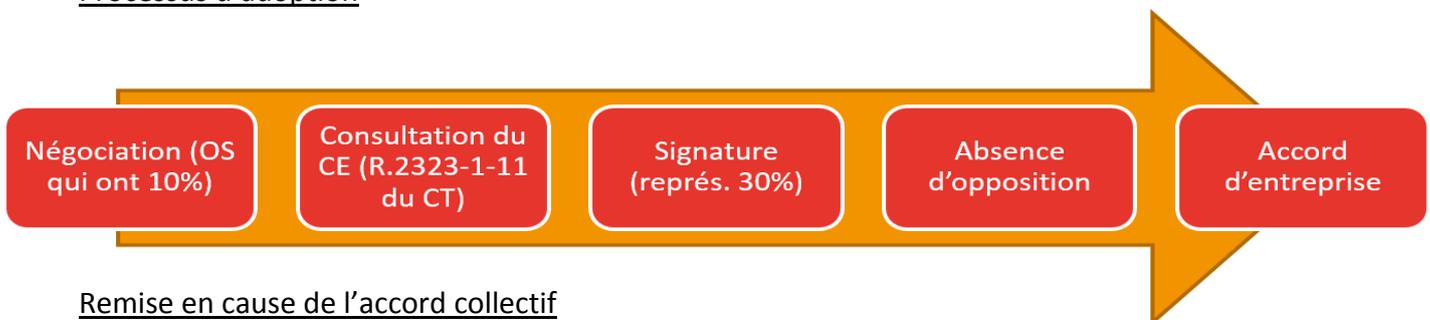
3) La mise en place

La mise en place des régimes de protection sociale dans une entreprise peut être effectuée selon 3 modalités : ART.L.911-1 CSS

- ✓ Accord collectif,
- ✓ Référendum,
- ✓ DUE.

❖ **La convention ou l'accord collectif** : l'accord conclu entre l'employeur et les syndicats représentatifs (représentent 30% des suffrages aux dernières élections).

Processus d'adoption

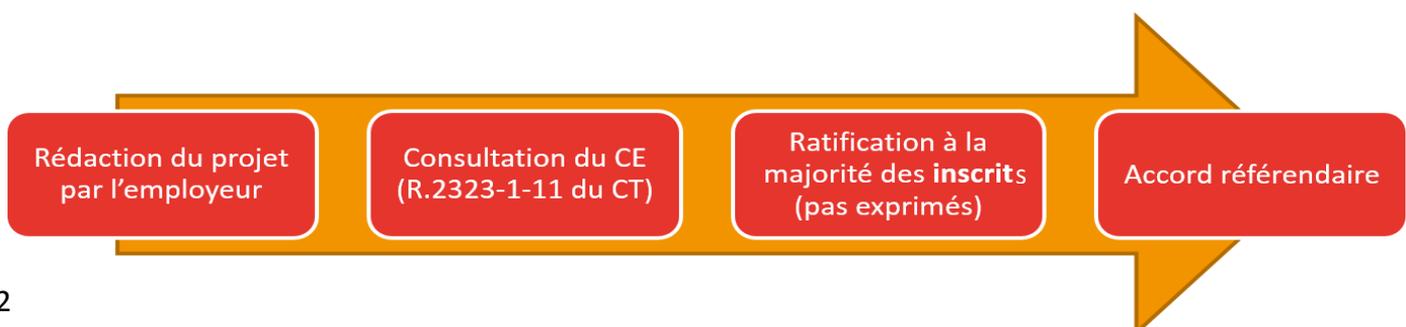


Remise en cause de l'accord collectif

La révision : seule les organisations syndicales ayant signé l'accord initial sont habilitées à signer les avenants de révision.

La dénonciation : l'accord est maintenu pendant un délai de préavis de 3 mois minimum et jusqu'à l'entrée en vigueur d'un accord de substitution ou à défaut pendant une période de survie de 12 mois (soit un total de 15 mois).

❖ **L'accord référendaire** : soumis au vote des salariés, l'accord rédigé par l'employeur doit être approuvé à la majorité des intéressés.



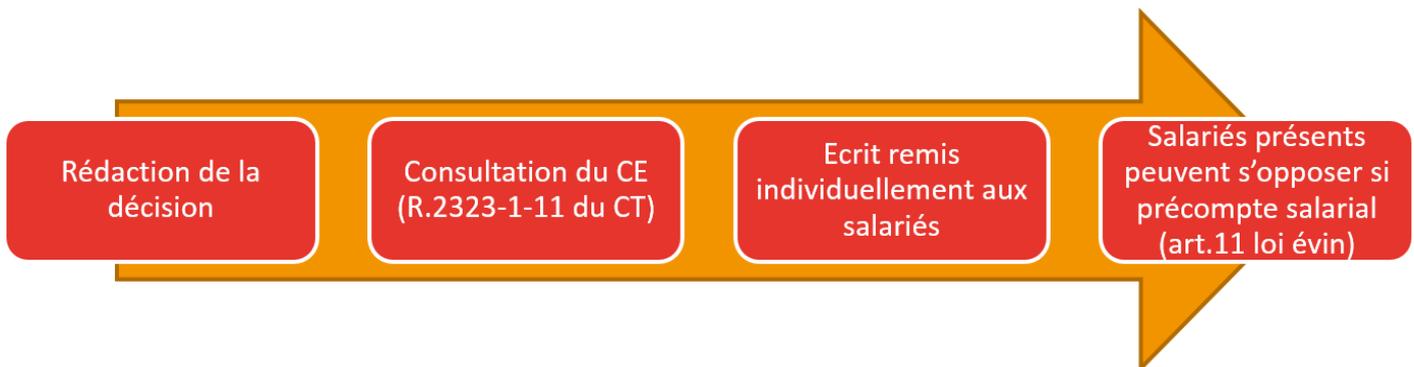
Remise en cause et révision : la révision nécessite

- L'organisation d'un nouveau référendum,
- Ou la négociation d'un accord collectif signé par les organisations syndicales.

La dénonciation : implique (Cour de cassation le 13 octobre 2010) :

- L'information et consultation des représentants du CE (à défaut, information des DP).
- Le respect d'un délai de préavis suffisant (3 mois maximum),
- La notification individuelle aux intéressés.

❖ **La décision unilatérale de l'employeur (DUE)** : la DUE est mise en place par le seul chef d'entreprise qui doit en informer par écrit tous les salariés concernés (ex : remise en main propre contre signature, LRAR).



Modalité de dénonciation / révision : la révision / dénonciation implique de **respecter la procédure suivante** :

- Information et consultation des représentants du CE (à défaut, information des DP),
- Respect d'un délai de préavis suffisant (3 mois minimum),
- Notification individuelle des intéressés.

Caractère collectif : « lorsque les garanties bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie objective établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en conseil d'état ». L.242-1.6 du Code de la Sécurité Sociale.

4) Catégories objectives

Seulement 5 critères permettent de définir une catégorie objective, les catégories ne peuvent être définies en fonction du temps de travail, nature du contrat, âge, ancienneté.

- ✓ **Critère 1** : cadres /non cadres en référence à la Convention Collective Nationale des Cadres du 14 mars 1947

Population cadre :

- personnel relevant de l'article 4 de la CCN de 1947(ou cadres sans référence à la CCN) ;
- personnel relevant des articles t 4 et 4 bis de la CCN de 1947 ;
- personnel relevant des articles 4 et 4bis et 36 de la CCN 1947 ;
- personnel affilié à l'AGIRC.

Population non cadre :

- personnel ne relevant pas de l'art 4 de la CCN de 1947(ou non cadres sans réf à la CCN) (=art 4bis et 36 (affiliés ou non) +salariés ne relevant pas de la CCN 1947) ;
- personnel ne relevant pas des art 4 et 4bis de la CCN de 1947(=art 36 (affiliés ou non) +salariés ne relevant pas de la CCN 1947) ;
- personnel ne relevant pas de la CCN de 1947 (= salariés ne relevant pas des art 4,4bis et 36 de la CCN 1947) ;

- personnel non affilié à l'AGIRC (= article 36 non affilié salariés ne relevant pas de la CCN 1947).
Les cadres dirigeants ne peuvent pas constituer en tant que telle une catégorie objective. Seuls 2 régimes catégoriels peuvent coexister.

✓ **Critère 2** : limite inférieure des tranches de rémunérations

Sont autorisées deux catégories de salariés en utilisant les limites 1,2 PASS (tolérance administrative) 3 et 4 PASS ainsi que la limite inférieure à 8 PASS.

✓ **Critère 3** : place dans les classifications définies par la CCN

- 1^{er} niveau de classification /catégorie/niveau des salariés défini par la convention de branche, accord professionnel ou interprofessionnel. Ce niveau doit renvoyer à des fonctions distinctes (ouvriers, employés, agents de maîtrise, techniciens, ETAM, cadres...).

✓ **Critère 4** : niveau inférieur au critère 3

- sous catégories fixées par les conventions ou les accords collectifs, jusqu'au niveau le plus bas (en prenant en compte le type de fonctions, le degré d'autonomie et/ou de responsabilité).

✓ **Critère 5** : usages, régime légalement ou réglementairement obligatoire/catégories spécifiques de salariés

- usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession ;

- régime légalement ou réglementairement obligatoire (ex : régime Alsace Moselle, régimes spéciaux...);

- catégories spécifiques de salariés définis dans CCN intermittents, pigistes, salariés d'entreprise de travail temporaire, travailleurs à domicile, VRP, salariés détachés à l'étranger.

Caractère collectif : la contribution patronale est fixée à un taux (% de la rémunération) ou montant uniforme. Il peut y avoir des dérogations (salariés à temps partiel ou apprentis prise en charge patronale intégrale si la cotisation salariale est au moins égale à 10% de la rémunération brute, une modulation de la contribution patronale en fonction de la composition familiale (isolé/famille).

Cas spécifiques :

• **les mandataires sociaux** non titulaires d'un Contrat de Travail : certains mandataires sociaux sont assimilés aux salariés et sont affiliés au régime de la Sécurité Sociale, ils peuvent être rattachés au contrat d'assurance sous réserve de 2 conditions cumulatives :

- l'appartenance à la catégorie objective définie par le régime (cadres, TC...),

- une décision de l'organe compétent de l'entreprise (ex : conseil d'administration) fixant les modalités de rémunération des Mandataires Sociaux.

• **Les restructurations d'entreprises** : maintien possible des régimes au sein de l'entreprise absorbante soit par accord collectif maintien du groupe fermé jusqu'à l'entrée en vigueur d'un accord de substitution, à défaut d'accord dans la limite de 15 mois à compter du transfert soit par DUE (accord référendaire) maintien du groupe fermé jusqu'à l'entrée en vigueur d'un accord collectif ayant le même objet, à défaut le régime est maintenu sans limite de temps.

5) Remboursements

Couverture santé « solidaire et responsable » : depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, et les différentes modifications réglementaires issues de l'ANI, dans le parcours de soins, les contrats responsables doivent rembourser :

▪ Pour les soins de ville : Ticket Modérateur minimum,

▪ Dépassement d'honoraires : plafonnement médecin non CAS,

▪ Frais d'hospitalisation : forfait journalier – hospitalisation minimum,

- Frais dentaire : TM minimum,
- Verres simples : forfait entre 50 Euros et 470 Euros,
- Verres simples +verres complexes ou verres très complexes : forfait entre 125 Euros et 610 ou 660 Euros,
- Verres complexes : forfait entre 200 Euros et 750 Euros,
- Verres complexes + verre très complexe : forfait entre 200 Euros et 800 Euros,
- Verres très complexes : forfait entre 200 et 850 Euros,
- Monture : entre 0 Euro et 150 Euros.

6) Contrats multiples et à options

Cas spécifiques des contrats multiples :

- Le respect des critères responsables s'apprécie **contrat par contrat**,
- Si le contrat socle n'est pas responsable, le contrat sur complémentaire sera contaminé,
- En revanche, si le contrat sur complémentaire n'est pas responsable, le contrat socle responsable sera pollué.

❖ Cas spécifiques des contrats à options :

- Un contrat à options est un contrat unique, les options ne peuvent être considérées comme une surcomplémentaire, (du montage contrat socle / sur complémentaire).
- Vérification du caractère responsable du contrat dans sa globalité
 - **Conséquence** : si l'une des options n'est pas responsable, requalification du contrat dans son ensemble.

REFORMER LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

La réforme du financement de la Sécurité sociale est un enjeu majeur pour les générations présentes et pour l'avenir de notre société. Son contenu doit être débattu de façon la plus large et la plus démocratique possible pour tenir compte de l'ensemble des questions : emploi, financement, réponses aux besoins présents et futurs...

L'économie française souffre d'une insuffisance chronique des investissements productifs, tandis que les placements financiers et les distributions de dividendes sont de plus en plus dominants. Sous la pression des marchés financiers, les chefs d'entreprises tendent à juger que les investissements productifs ne sont pas suffisamment rentables, tandis que les placements financiers sont plus avantageux. Il faut donc établir une logique qui pénalise les investissements financiers au profit d'une logique d'investissements productifs, créateurs d'emplois et améliorant les niveaux de qualification et de rémunération ainsi que les capacités de production.

Cette proposition de réforme du financement remet en cause le principe même des exonérations de cotisations.

Notre proposition repose sur les principes suivants :

- la contribution des employeurs doit demeurer une cotisation, c'est-à-dire être prélevée dans l'entreprise (et non sur le consommateur) ; elle doit être affectée à la Sécurité sociale ;
- tous les éléments de rémunération doivent être soumis à cotisations ;
- la nouvelle répartition entre les entreprises doit tenir compte de la valeur ajoutée et de l'importance de la masse salariale. D'où l'idée de taux différenciés, modulés, suivant les entreprises ;
- le mode de calcul des cotisations sociales doit favoriser le développement de la masse salariale et non pas inciter à la réduction des salaires et du nombre de salariés. D'où l'idée d'une différenciation, d'une modulation, du taux en fonction de la gestion de l'emploi et des salaires ;

- le mode de calcul doit aussi favoriser l'investissement productif et pénaliser la financiarisation. D'où l'idée d'une mise à contribution des revenus financiers des entreprises.

Élargissement de l'assiette ou de la base de calcul des cotisations sociales

Il s'agit d'intégrer dans l'assiette des éléments qui échappent actuellement à la cotisation (certaines formes de rémunération). Cet élargissement vise à dissuader le développement des formes aléatoires, discriminatoires et inégalitaires de rémunération, comme les stock-options ou l'épargne salariale.

Modulation du taux de cotisation

Il s'agit également de différencier les taux de cotisation en fonction de la masse salariale et des choix de gestion de l'entreprise comparés à la valeur ajoutée qu'elle crée.

La cotisation dite patronale serait fonction :

- du ratio « *masse salariale rapportée à la valeur ajoutée* » du secteur d'activité ;
- de la politique d'emploi et de salaire de l'entreprise. Le but est de faire cotiser plus l'entreprise qui ferait le choix de la précarité et des bas salaires.

NOS REPERES REVENDICATIFS – EXTRAIT

Le droit à une protection sociale solidaire, généralisée et de haut niveau tout au long de la vie.

La protection sociale vise à protéger les individus des aléas et des évolutions de la vie ainsi que des ruptures avec le marché du travail : maladie, maternité, accidents du travail, invalidité, perte d'autonomie, chômage, retraite, éducation des enfants.

La protection sociale doit répondre aux valeurs qui fondent la Sécurité sociale : universalité, solidarité, démocratie.

La Sécurité sociale est au cœur de la protection sociale en France. Son rôle doit être renforcé.

La Sécurité sociale et la protection sociale ont permis des progrès sociaux considérables en matière d'accès aux soins et à la santé, de droit à une juste retraite, de politique familiale solidaire. Il en a résulté de très importantes améliorations dans le domaine de la qualité et de l'espérance de vie. La Sécurité sociale est perçue à juste titre comme une conquête sociale essentielle, l'un des pivots de notre système social.

Parce que notre système de Sécurité sociale solidaire a connu de nombreux reculs, il est nécessaire d'engager une démarche de reconquête fondée sur les principes qui ont présidé à sa création (solidarité, universalité, démocratie, redistribution des richesses créées par le travail) tout en répondant aux nouveaux défis du 21^{ème} siècle telles la prise en charge de la perte d'autonomie et une politique ambitieuse de prévention.

Il est impératif de doter la Sécurité sociale de ressources suffisantes demeurant principalement ancrées sur le travail, afin de répondre à l'ensemble des besoins des populations. La gestion de ces ressources doit rester fondée sur la répartition, base de la solidarité.

Le fonctionnement de la Sécurité sociale doit être démocratique. Les représentants des assurés sociaux doivent veiller au bon usage des ressources, à l'égalité de traitement de tous les usagers et au libre accès de ces derniers à l'ensemble des prestations dispensées.

Les droits et les moyens d'accès à la couverture complémentaire doivent être garantis à tous. Les rapports entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires doivent améliorer la couverture sociale globale et non justifier un transfert de la prise en charge.