Vaga.fr

LE GUIDE DU CHEF D'ENTREPRISE

Ce qu'il faut savoir sur la protection sociale en entreprise

TABLE DES MATIÈRES

3 Avant-propos

Définitions 4

La protection sociale 4
La prévoyance complémentaire 6
La retraite supplémentaire d'entreprise 7
Les indemnités de fin de carrière (IFC) 7

8 Vigilance particulière

8 Les conséquences financières
9 Les contrats « responsables »
9 Le principe de solidarité
11 La Décision Unilatérale de l'Employeur
12 Conséquences sociales

Piloter la protection sociale de mon entreprise efficacement 13

Les mécanismes des contrats de prévoyance collective 13
Prestations décès 13
Rente invalidité 14
Garantie maintien de salaire 15
Le versement santé 15
Le financement de la retraire supplémentaire d'entreprise 15
Départ du salarié avant sa retraite 16
Salariés détachés au sein de l'UE 18
Les impatriés 18

19 Une protection sociale bien gérée

19 Les obligations de l'assureur
20 L'aspect social

Les points de vigilance à bien connaître 21

Spécificité des organismes de prévoyance et mutuelles 21
Le dépassement 21
Exceptions : les primes liées au revenu de remplacement 22
La loi Evin (Départ en retraite) 22
La portabilité 24

AVANT-PROPOS

La solitude du chef d'entreprise de TPE est une problématique majeure que nous avons pu constater auprès de nos clients. L'entreprise est souvent trop petite pour pouvoir se payer un/une spécialiste RH et vous vous retrouvez à avoir une multitude de tâches à réaliser. Les questions de mutuelles et de prévoyance en sont, mais c'est surtout des nids à problèmes. Ce guide a été construit pour vous.

Notre objectif est de simplifier la compréhension du monde de la protection sociale et en particulier celui des assurances de ce domaine. Ce guide mis à disposition gratuitement n'est pas un conseil juridique. Il ne saurait se substituer à un avis circonstancié d'un professionnel du droit. Cependant, si vous souhaitez plus de conseils, nos équipes restent à votre disposition.

DÉFINITIONS

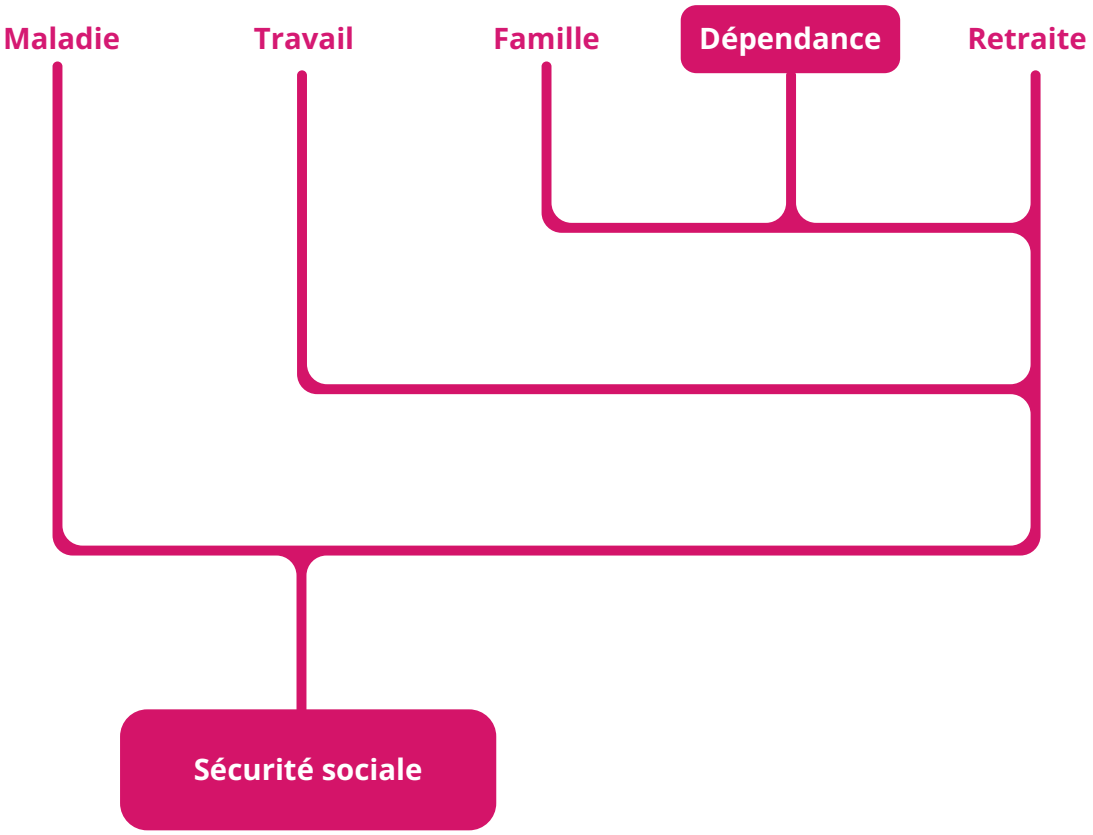
Qu'est-ce que la protection sociale ?

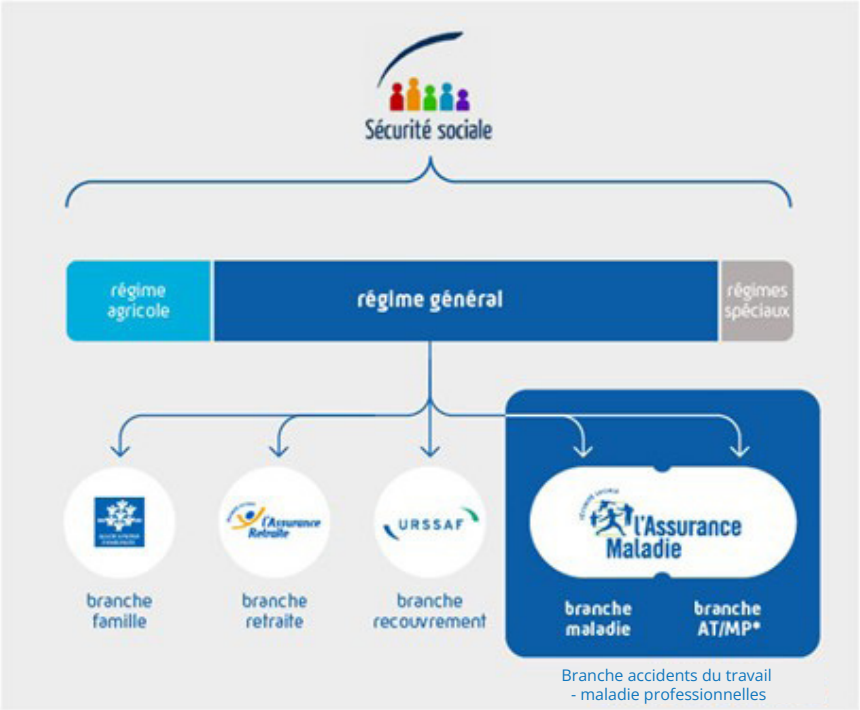
La protection sociale, telle que nous la connaissons aujourd'hui, est née du travail du CNR (Conseil National de la Résistance) en 1944. Alors que la France était encore occupée, ces résistants de tous bords politiques ont travaillé sur un nouveau modèle de société qui verra le jour lors de la Libération.

La vision générale est de prévoir « des moyens de subsistances à tout citoyen incapable de s'en procurer par le travail ».

Quand on parle de protection sociale, on fait référence aux **5 branches de l'assurance maladie** à savoir :

- La branche maladie,
- La branche accident et maladie professionnelle,
- La branche retraite,
- La branche famille,
- Et la branche URSAFF qui finance les 4 premières.





Source : Assurance Maladie

Il est question depuis longtemps d'**ajouter une 6ème branche**, à savoir celle liée au risque de dépendance.

Dans le monde des assurances, lorsqu'on parle de protection sociale, on entend « assurances de personnes », par opposition à l'**IARD (Incendies, Accidents et Risques Divers).**

Les risques IARD sont ceux liés aux biens, mais aussi les assurances professionnelles comme les responsabilités civiles ou les garanties décennales. A l'inverse, **les assurances de personnes se spécialisent sur les « risques liés à la vie ».**

On y trouve donc :

1. Les risques liés à la santé
2. Les risques liés aux arrêts de travail, invalidité et décès (Prévoyance)
3. Les risques liés à la retraite
4. Et par extension, les questions liées à l'assurance vie et autres solutions dérivées comme les contrats de capitalisation

Les contrats de prévoyance complémentaire

Les contrats de prévoyance complémentaire permettent de garantir des prestations nettement plus substantielles que celles des régimes sociaux obligatoires, dont le montant est généralement limité au capital décès prévu par la Sécurité sociale. Soit une somme égale au salaire plafonné des trois derniers mois d'activité avec un minimum égal à 1% du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Ils constituent par ailleurs pour les entreprises le moyen de satisfaire aux dispositions de la Convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947. Celle-ci met à leur charge l'obligation de procéder annuellement, pour chaque cadre, au versement d'une cotisation égale à 1,5% du salaire plafonné, cette cotisation devant être affectée en priorité à la couverture du risque de décès. Lorsque l'employeur ne remplit pas son obligation d'assurance, il devient directement débiteur du capital décès dû aux ayants droit (Cass. 1re civ., 30 mars 2004).

Selon les conventions souscrites, les prestations versées à la suite du décès de l'assuré peuvent revêtir une ou plusieurs des formes suivantes :

LE VERSEMENT D'UN CAPITAL

C'est la forme de prestation la plus courante. Généralement, le montant du capital garanti est exprimé en pourcentage du salaire de l'assuré, ce pourcentage étant lui-même variable en fonction de la situation familiale de l'intéressé.

Par exemple : 150% du salaire annuel pour un assuré célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant à charge ; 300% pour un salarié marié ou pacsé ou vivant en concubinage, sans enfant à charge ; 400% pour tout assuré ayant un enfant à charge, ce pourcentage étant majoré de 30 % par enfant à charge supplémentaire.

Dans la plupart des contrats, il est prévu une majoration du capital ainsi déterminé en cas de décès accidentel. Le plus souvent, il s'agit du doublement ou du triplement de la garantie de base, mais d'autres formules peuvent être retenues (exemple : 100% de majoration en cas de décès accidentel « simple » et 200% en cas de décès par accident de la circulation).

LE VERSEMENT D'UNE RENTE DE CONJOINT OU PACSÉ

Elle peut être souscrite en sus ou à la place du versement d'un capital. Elle est destinée à profiter au conjoint survivant ou pacsé de l'assuré, ou éventuellement à son concubin notoire, sous réserve que ceux-ci ne contractent pas un nouveau mariage.

La rente est le plus souvent viagère, mais il est parfois prévu, en complément (plus rarement à titre principal), le versement d'une rente « temporaire », laquelle est due jusqu'à ce que le conjoint ou le pacsé ouvre droit aux pensions de réversion garanties par les régimes complémentaires de retraite.

LE VERSEMENT D'UNE RENTE D'ÉDUCATION

Il s'agit d'une rente temporaire servie aux enfants de l'assuré décédé, tant que ceux-ci sont mineurs ou qu'ils poursuivent leurs études. Dans certains cas spécifiques, cependant, des prestations particulières peuvent être prévues. Ainsi la rente peut-elle être stipulée viagère si l'enfant est handicapé, ou voir son montant doublé si celui-ci est orphelin de père et de mère.

La retraite supplémentaire d'entreprise

Lorsqu'un employeur souhaite garantir à ses salariés des prestations supplémentaires de retraite, il a l'obligation d'externaliser ses engagements en souscrivant un contrat :

- soit auprès d'une société d'assurance régie par les dispositions prudentielles de « Solvabilité II »,

- soit jusqu'au 31 décembre 2022 auprès d'une société d'assurance, au sein de fonds cantonnés soumis au régime prudentiel de la directive « IORP I » (Dir. Cons. CE, no 2003/41, 3 juin 2003, JOUE 23 sept. 2003, no L 235), et qui dispose d'un agrément « IORP I » au 31 décembre 2017. En effet, à compter du 1er janvier 2023, les entreprises d'assurances ne peuvent plus souscrire de nouveaux contrats dans le cadre de l'agrément « IORP I » (Ord. no 2017-484, 6 avr. 2017, art. 4, IV, JO 7 avr.).

Par voie de conséquence, à la fin de l'exercice 2022, les entreprises d'assurance doivent avoir transféré les engagements qu'elles détiennent au titre de l'agrément « IORP I » vers leurs fonds généraux ou vers une nouvelle comptabilité auxiliaire d'affectation qui sera régie par les règles prudentielles de « Solvabilité II ».

Les indemnités de fin de carrière

Les entreprises ont la possibilité de souscrire des contrats visant à leur permettre de constituer, en franchise d'impôt, les fonds nécessaires au versement à leurs salariés, d'indemnités de fin de carrière ou de cessation anticipée d'activité (préretraite).

Lors du départ en retraite des salariés, les entreprises sont redevables d'une indemnité de fin de carrière dont le montant est déterminé par l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, rendu obligatoire par la loi no 78-49 du 19 janvier 1978 (JO 20 janv.), dite **Loi de Mensualisation**. Cette indemnité légale est égale à un demi-mois du dernier salaire après dix ans d'ancienneté, un mois après quinze ans, un mois et demi après vingt ans et deux mois après trente ans. Les conventions collectives, les accords collectifs et les conventions spécifiques d'entreprise, ainsi que les contrats de travail, peuvent toutefois prévoir des indemnités supérieures.

Les **contrats « indemnités de fin de carrière » (IFC)** sont techniquement des contrats d'assurance de groupe visant à garantir le versement de capitaux différés au profit de l'ensemble du personnel de l'entreprise ou d'une catégorie de celui-ci. Comme les régimes à prestations définies, ils donnent lieu à la constitution d'un fonds collectif, exclusivement financé par l'employeur, et sur lequel les salariés n'ont aucun droit certain. En particulier, **en cas de décès ou de départ d'un collaborateur avant l'âge de la retraite,** l'assureur n'est redevable d'aucune prestation.

Les cotisations versées à l'assureur au titre du contrat « indemnités de fin de carrière » (IFC) sont déductibles du bénéfice imposable de l'entreprise, sous la seule condition que l'entreprise ait définitivement perdu la propriété et la disposition des sommes payées. Quant aux prestations reçues de l'assureur pour reversement aux salariés bénéficiaires, elles n'ont en principe aucune incidence sur le résultat fiscal, dès lors que les opérations d'entrée et de sortie des capitaux sont réalisées sur le même exercice.

POURQUOI Y APPORTER UNE VIGILANCE PARTICULIÈRE ?

Nous passerons rapidement sur les conséquences d'un non-paiement de cotisations sociales à l'URSSAF qui peuvent conduire l'entreprise à fermer et son dirigeant en prison. Nous allons plutôt nous concentrer sur l'importance du suivi de la protection sociale en entreprise et ses effets.

Les conséquences financières

Le coût des garanties mutuelles représente en moyenne 4% du salaire brut et 1% en ce qui concerne la prévoyance, soit 5% de la masse salariale de l'entreprise. Si les salaires augmentent en moyenne de 2%, les mutuelles voient leurs coûts augmenter de plus de 5% par an.

Notez qu'en moyenne, le bénéfice d'une TPE/PME moyenne est de 3% de son chiffre d'affaires. Ainsi, agir sur les coûts de la protection sociale est un levier significatif pour améliorer la rentabilité de l'entreprise.

Par ailleurs, les contrats de protection sociale bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux. Ainsi, lorsque l'entreprise prend en charge une part du coût de la mutuelle, celle-ci n'a pas à payer de cotisations sociales sur ce montant, et cette somme est assimilée à une charge réduisant d'autant le bénéfice fiscalisé.

Pour bénéficier des avantages sociaux, certaines conditions cumulatives sont à respecter :

- Les cotisations doivent comporter une participation effective de l'employeur.
- Les contrats passés avec un organisme d'assurances doivent revêtir la forme d'une assurance de groupe qui s'impose à la totalité du personnel appartenant à une catégorie donnée.
- Les cotisations doivent être fixées à un taux uniforme à l'égard de toutes les personnes appartenant à une même catégorie objective de personnel.
- Les cotisations doivent être afférentes à un régime exclusif de tout versement d'un capital.

Il faut ainsi que le contrat soit « solidaire » et « responsable ». La grande majorité des contrats sont « responsables » à ce jour. La plupart de ces contrats le mentionnent, mais il est pertinent de le vérifier.

Comment vérifier si mon contrat est responsable ?

Un contrat de remboursement de frais de santé est responsable si :

1. **Il impose le respect du parcours de soin.**
2. **En cas de non-respect, il ne remboursera pas le déremboursement de la sécurité sociale, mais appliquera en sus une pénalité de 8€ par acte en cas de dépassement d'honoraires.**
3. **Il ne remboursera pas les franchises médicales.**
4. **Il n'imposera pas de questionnaire santé.**
5. **Il prendra en charge de frais définis par décret, comme le forfait hospitalité à 100%, ou complétera le remboursement des consultations pour aller jusqu'à 100% minimum.**
6. **A l'inverse, il plafonnera le remboursement de certaines dépenses comme l'optique.**
7. **Il prendra en charge le 100% santé.**

Si le contrat n'est pas responsable, il n'y a pas de conséquence pour les salariés, mais l'entreprise doit payer une taxe supplémentaire de 7%. Normalement, cette taxe est directement collectée par l'assureur.

Le principe de solidarité et ses conséquences

Une complémentaire santé collective doit impérativement respecter le critère de solidarité. Une garantie est dite solidaire si :

1. La garantie mise en place est obligatoire.
2. La garantie mise en place assure de manière identique chaque salarié du même collège.

Pour respecter ce cahier des charges, il est nécessaire de respecter un certain formalisme.
Trois cas sont possibles :

1

La convention collective à laquelle a adhérée l'entreprise prévoit un cahier des charges précis et a recommandé un assureur ET l'accord collectif a fait l'objet d'un arrêté d'extension, alors celui-ci est réputé connu par l'ensemble des acteurs de la branche.

Conséquences :

- L'entreprise ne pourra pas faire moins que l'accord prévu.
- Si la garantie mise en place par l'entreprise respecte strictement cet accord, tant sur la quote-part prise en charge que sur l'ensemble des garanties, ligne à ligne, alors la convention collective se suffit à elle-même. Il n'y a pas lieu de refaire une démarche supplémentaire.

Cependant, l'entreprise devra rédiger et faire un document pour suivre année après année les cas de dérogations à l'adhésion de la mutuelle d'entreprise, prévu par la convention collective.

Notre expérience montre qu'**il est souvent plus prudent de mettre en place une DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur)** en sus. L'employeur pourra ainsi prouver plus facilement qu'il a bien été diligent vis-à-vis de son obligation de communication auprès de ses salariés.

2

La convention collective à laquelle a adhéré l'entreprise prévoit un cahier des charges précis, sans arrêté d'extension MAIS le chef d'entreprise est membre d'un syndicat signataire de l'accord.

Dans ce cas, même si le chef d'entreprise n'a pas lui-même signé l'accord, il s'impose à l'entreprise. L'entreprise devra alors, a minima, faire aussi bien, mais peut améliorer la garantie. Cependant, il devra l'améliorer ligne à ligne. Il ne pourra se contenter d'améliorer globalement la garantie.

Dans cette situation, nous recommandons la réalisation d'une DUE. En effet, si la convention collective est réputée connue de tous les salariés, l'adhésion de l'employeur à un syndicat est bien plus compliquée à démontrer.

3

La convention collective n'a pas réalisé d'accord sur les questions de mutuelles d'entreprise.

Dans ce cas, l'entreprise peut définir comme elle l'entend son cahier des charges, en respectant cependant le critère de responsabilité vu auparavant.

Dans ce cadre, une DUE est indispensable.

Notez que ce qui est valable pour les mutuelles d'entreprise l'est aussi pour la prévoyance collective et pour les solutions de retraite collectives.

Comment rédiger une DUE ?

Conformément à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, la Décision Unilatérale de l'Employeur doit être constatée dans un document écrit remis par ce dernier à chacun des intéressés et qui tient compte des clauses obligatoires du Code de la sécurité sociale.

La DUE peut être modifiée par un accord collectif ou un référendum.

L'employeur devra :

1 produire une copie de l'écrit remis aux salariés et actant la décision unilatérale, conformément à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale

justifier auprès de l'agent chargé du contrôle la modalité de remise de cet écrit aux salariés (document joint au bulletin de paie, remise en mains propres, envoi par courrier...). **2**

Une DUE est donc l'acte qui informe les salariés de la mise en place d'une garantie collective. Cet acte devra apporter l'ensemble des informations aux salariés pour qu'ils puissent décider d'y adhérer ou non.

Elle devra notamment indiquer :

1. Qui est l'assureur
2. Quelle est la garantie souscrite
3. Qui est concerné par la garantie
4. A partir de quand la garantie commence
5. Comment est partagé le montant des cotisations entre l'entreprise, lui-même et ses ayants-droits
6. Quels sont les cas de dérogations prévus
7. Ect.

L'absence de rédaction d'un tel acte ou une mauvaise rédaction peut conduire au redressement par l'URSSAF des cotisations versées par l'entreprise aux salariés sur 5 ans. Aussi, l'employeur a tout intérêt à mettre en place un système de vigilance sur cet aspect.

L'ASTUCE

Un outil comme DUE-Facile permet de réaliser simplement sa DUE pour un prix modique. Il offre un système automatique vous rappelant, à période programmée, s'il est nécessaire de remettre à jour ce document.

Notez qu'il est possible de remplacer la DUE par un accord d'entreprise ou par un référendum. Cependant, ces moyens sont généralement plus adaptés pour les grandes entreprises, plus coûteux, plus longs à mettre en place et moins souples qu'une DUE.

Les conséquences sociales

L'absence de mutuelle d'entreprise ou de prévoyance collective comprend un risque grave pour l'entreprise. Le risque est cette fois-ci essentiellement RH. En effet, si un salarié n'est pas couvert par une mutuelle d'entreprise, sans que l'entreprise puisse justifier de sa diligence à le couvrir, alors elle doit se substituer à l'assureur et prendre en charge l'ensemble des frais de santé engagés par le salarié.

Plus impactantes encore sont les conséquences de l'absence de la prévoyance collective d'entreprise : admettons la situation d'un salarié de 25 ans rémunéré 30K€ par an, ayant un accident de voiture le conduisant à être reconnu invalide. Si la convention collective prévoit un maintien de salaire du collaborateur comme c'est généralement le cas, et que l'entreprise n'a pas mis en place une protection sociale adaptée, alors elle devra payer jusqu'à l'âge de retraite du salarié le manque à gagner.

Plus radical encore est le cas du décès, obligeant l'entreprise à verser immédiatement aux héritiers jusqu'à 5 années de salaire chargé.

Plus de 70% des conventions collectives ont une obligation en termes de prévoyance. Nous vous suggérons donc de bien regarder cet aspect.

Par ailleurs, si votre garantie ne respecte pas l'accord, l'entreprise prendra la responsabilité de couvrir chaque point où la garantie mise en place est moins disante. Dans notre exemple, si un salarié est hospitalisé et que la convention collective prévoit une prise en charge de 60€ pour une chambre particulière et que l'employeur a mis en place une garantie couvrant cette dépense à hauteur de 30€, l'entreprise sera tenue d'indemniser le salarié des sommes manquantes.

Là encore, la situation est plus problématique dans le cadre de la prévoyance, car les sommes engagées sont souvent plus lourdes et les champs d'application plus complexes.

PILOTER LA PROTECTION SOCIALE DE MON ENTREPRISE EFFICACEMENT ?

Les mécanismes des contrats de prévoyance collective

Les contrats de prévoyance complémentaire souscrits par les entreprises au profit de leurs salariés visent à garantir à ces derniers des prestations en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité, de maladie, d'accident du travail et de maternité.

Ces prestations prennent la forme soit de versements en numéraire (rentes ou capital), soit de remboursements de frais médicaux.

Les prestations en numéraire sont qualifiées de « prévoyance » par le législateur et sont définies dans le « régime de prévoyance » applicable au sein d'une entreprise. Les remboursements de frais médicaux sont qualifiés de « frais occasionnés par une maladie » et sont définis dans le « régime de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ».

Depuis le 1er janvier 2016, tous les salariés doivent pouvoir bénéficier d'une couverture complémentaire santé au sein de leur entreprise, soit par le biais d'une adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place dans l'entreprise à laquelle appartient le salarié (CSS. art. L. 911-7, I), soit pour les salariés en contrats à durée déterminée (contrat de mission ou à temps partiel) par le biais d'un versement dit « versement santé ».

Prestations en cas de décès

Les prestations prévues en cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou d'un enfant à charge de l'assuré, alors que ce dernier est toujours vivant, consistent le plus souvent dans le versement d'une allocation obsèques d'un montant forfaitaire ou limité à une ou deux fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Il peut encore être prévu, notamment pour le cas de décès du conjoint ou du partenaire, le règlement d'un capital dont le montant est généralement inférieur à 50% du plafond annuel de la Sécurité sociale, ou encore le versement d'une allocation mensuelle de frais de garde des jeunes enfants, jusqu'à l'âge de la scolarité obligatoire.

En cas de décès du conjoint ou du partenaire après celui de l'assuré, les garanties offertes par les contrats de prévoyance complémentaire sont généralement plus substantielles.

Les conventions comportent ainsi le plus souvent au profit des enfants une garantie dite double effet en application de laquelle il est procédé une seconde fois au versement du capital qui avait été réglé au moment du décès de l'assuré.

En pratique, le bénéfice de ces prestations est toutefois subordonné aux deux conditions cumulatives suivantes : le conjoint ou partenaire doit être âgé de moins de soixante ans et avoir, au moment de son décès, un ou plusieurs enfants à charge.

La rente invalidité

Les contrats de prévoyance complémentaire prévoient généralement la garantie du service d'une rente en cas d'invalidité de l'assuré. En principe, cette rente est servie tant que l'assuré bénéficie d'une indemnisation de la part de la Sécurité sociale et jusqu'à ce que celui-ci fasse valoir ses droits à la retraite.

Quant au montant de la rente, il peut être déterminé de façon très différente d'un contrat à l'autre. En pratique, toutefois, et quelle que soit la convention, il dépend toujours directement du degré d'incapacité reconnu à l'assuré. Généralement, ce degré d'incapacité est déterminé par référence aux trois catégories retenues par la Sécurité sociale (CSS, art. L. 341-4) :

Pour chacune de ces catégories, l'assureur garantit une certaine rente, déterminée en pourcentage, soit de la rémunération totale du salarié, soit de certaines des tranches du salaire (tranches A, B ou C).

Quelle que soit l'option retenue, l'indemnisation peut être exprimée selon deux modalités distinctes, à savoir une indemnisation additive, les prestations étant indépendantes de celles versées par la Sécurité sociale, ou une garantie de maintien de salaire, les prestations venant alors compléter celles de la Sécurité sociale à hauteur d'un niveau global de revenus.

Certains contrats prévoient encore une indemnisation variable en fonction de la situation familiale de l'intéressé avec, par exemple, une majoration de la rente de 5% par enfant à charge, avec un maximum de trois enfants.

Enfin, les contrats de prévoyance garantissent, outre le service d'une rente à l'assuré invalide, certaines prestations complémentaires, tel le service d'une rente d'éducation au profit des enfants à charge de l'intéressé ou, plus fréquemment, l'exonération totale ou partielle du paiement des cotisations.

Cette dernière garantie permet à l'assuré invalide de continuer à bénéficier gratuitement, ou en contrepartie d'une cotisation modique, du maintien de la convention initiale. Notamment, l'intéressé demeure garanti pour le risque de décès et pour le remboursement des frais médicaux.

La garantie maintien de salaire

Les contrats collectifs de prévoyance permettent de compléter les prestations servies par la Sécurité sociale.

Celles-ci sont en effet insuffisantes à compenser la perte des revenus résultant d'une incapacité temporaire de travail, puisque leur montant est égal à la moitié du gain journalier de base, retenu dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

Au minimum, les contrats de prévoyance complémentaire permettent aux entreprises de transférer la charge de leurs obligations légales ou conventionnelles en matière de maintien de salaire.

En effet, les employeurs ont généralement l'obligation de maintenir, en tout ou partie, la rémunération de leurs salariés absents par suite de maladie ou d'accident.

Les salariés bénéficient (sauf dispositions conventionnelles plus favorables) de la garantie du maintien de salaire dans les conditions suivantes :

- À partir du septième jour d'absence (sauf en cas d'accident de travail – hors trajet – ou de maladie professionnelle : premier jour) et pendant trente jours (les durées de trente jours sont augmentées de dix jours par période entière de cinq ans au-delà d'un an, sans que chacune d'elles puisse dépasser quatre-vingt-dix jours) : 90 % de la rémunération brute d'activité

- Pendant les trente jours suivants (les durées de trente jours sont augmentées de dix jours par période entière de cinq ans au-delà d'un an, sans que chacune d'elles puisse dépasser quatre-vingt-dix jours) : 2/3 de la rémunération brute d'activité.

La part de cotisation patronale affectée au financement de l'obligation de maintien de salaire, en vertu de la loi ou d'une disposition d'un accord collectif, n'est pas soumise à la CSG/CRDS, et ne doit pas être prise en compte pour apprécier le dépassement des limites d'exonération de cotisations prévues à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale.

Le versement santé

Le versement santé est un dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire pour les salariés en contrat à durée déterminée. Il est codifié à l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale.

Il prévoit que les salariés en contrat à durée déterminée peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement (dit « versement santé ») afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils devront souscrire à titre individuel.

Pour bénéficier du versement, le salarié doit souscrire un contrat « responsable » qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (CMU complémentaire ou aide à la couverture santé). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

Le financement du plan d'épargne entreprise

Les comptes ouverts au nom des salariés sont financés au moyen de cotisations versées par l'entreprise et, éventuellement, par le salarié. La participation de l'entreprise à ce financement est en effet obligatoire pour ouvrir droit au régime prévu par l'article 83 du Code général des impôts.

Cette participation peut correspondre au paiement de la cotisation totale ou simplement à une fraction de celle-ci, le solde étant à la charge du salarié. Le montant des cotisations est déterminé selon un taux défini dans le contrat. Le plus souvent, ce taux est fixé en pourcentage de tout

ou partie de la rémunération des intéressés ; il doit être uniforme pour tout le personnel ou pour certaines catégories de personnel déterminées.

Bien évidemment, rien n'empêche de déterminer le taux de cotisation en fonction de tel ou tel élément librement convenu et notamment en fonction des caractéristiques des salariés bénéficiaires et de leur niveau de salaire.

Les cotisations doivent être régulièrement versées à l'assureur. Ce dernier les affecte sur les comptes individuels des salariés après déduction des frais de gestion et, le cas échéant, de la fraction de cotisation correspondant aux garanties autres que celle relative à l'opération d'épargne.

Les droits acquis au financement de prestations de retraite dans les conditions suivantes peuvent être affectés sur un compte épargne temps.

Départ du salarié avant sa retraite

En cas de départ du salarié de l'entreprise avant l'âge du départ en retraite, les droits acquis par ce dernier ne sont pas remis en cause.

Le salarié peut conserver son compte auprès de l'assureur de son ancien employeur, le compte continue à se capitaliser jusqu'à sa liquidation par suite du départ en retraite effectif de son titulaire.

Toutefois, en application de l'article L. 132-23 ou L. 143-2, alinéa 2, du Code des assurances, **le salarié a la possibilité de transférer son compte et même, dans certains cas, de procéder à son rachat.**

Gérer correctement sa protection sociale d'entreprise consiste (essentiellement) :

- Être en conformité vis-à-vis de la convention collective ;
- Être à jour des modalités d'informations auprès des salariés, notamment via une DUE ;
- Avoir un suivi régulier des dérogations des salariés ayant choisi de ne pas adhérer ;
- Optimiser les coûts des garanties en fonction de la politique sociale choisie par l'entreprise ;
- Être capable de remettre toutes les informations relatives à la protection sociale de l'entreprise lors de la signature du contrat de travail d'un nouveau salarié ;
- Savoir déclarer le départ d'un salarié aux organismes de protection sociale et faire bénéficier le cas échéant de la portabilité.

1

Concernant la convention collective et sa mise à jour, vous avez sans doute un service social qui doit avoir accès à un service du type « Légifrance ». Dès lors, il suffit de leur demander de s'inscrire à une newsletter pour avoir un suivi des accords d'entreprise.

Votre chef d'entreprise peut prendre en charge ce genre d'abonnements, mais il en aura en général pour plus d'une centaine d'euros par mois. Cela étant, pour votre service RH, c'est un investissement qui peut valoir la peine.

2

Concernant les modalités d'information auprès des salariés, les sources de référence sont une fois encore la convention collective mais aussi le site de l'URSSAF. Dernièrement, c'est la définition des catégories objectives qui a été revue. Cette modification est majeure car elle est susceptible de conduire l'URSSAF à redresser l'entreprise sur le montant des cotisations prises en charge par l'employeur sur les 5 dernières années. Pour suivre ces évolutions, nous vous suggérons de vous inscrire à la newsletter de l'URSSAF.

3

Concernant le suivi des dérogations des salariés ayant choisi de ne pas adhérer, il va vous falloir créer un registre précisant le motif de la non-adhésion du collaborateur, avec sa décharge signée, et le justificatif apporté. Idéalement, ce document devrait être attaché à la DUE, pour pouvoir prouver que le salarié a bien compris à quoi il renonçait. Là aussi, on vous conseille de vous inscrire à la newsletter de l'URSSAF.

4

L'optimisation des coûts et des garanties peut avoir un impact fort, tant sur les salaires que sur les charges de l'entreprise. En moyenne, sur les dernières années, les mutuelles ont vu leur coût augmenter de 5% par an.
Renégocier un contrat vous fera généralement économiser environ 10% sur le montant des primes en augmentant par ailleurs les garanties. Pour réaliser des comparatifs par vous-même, nous vous conseillons de demander une dizaine de devis en ayant fixé un cahier des charges préalable en fonction des besoins exprimés.

A défaut, vous pouvez simplement demander aux concurrents de se positionner sur le niveau de garanties de l'offre en place.

Quelques courtiers en assurances réalisent cette mise en concurrence gratuitement. Mais en pratique, les assurances collectives ne rémunérant que très faiblement, ils n'y passent que très peu de temps, et vous aurez, dans le meilleur des cas, seulement 3 devis. Or vous constaterez souvent que vous arrivez à faire mieux que ces 3 devis.

5

Pour savoir quels sont les documents à remettre au salarié pour l'informer correctement, vous pouvez vous orienter directement vers votre assureur : il est censé vous remettre tous les documents nécessaires, notamment les conditions générales, les conditions particulières, et la fiche IPID. Cependant, nous avons pu constater que les informations que doivent transmettre les acteurs du marché ne sont pas systématiquement conformes à ce que prévoient les textes. Nous vous suggérons de vous appuyer sur les suggestions de la DGCCRF et des recommandations de la DDA (Directives sur le Distribution des Assurances). Ces documents, une fois obtenus et classifiés, il faudra les maintenir à jour et être capable d'en remettre systématiquement une copie à vos collaborateurs.

6

Au départ d'un salarié, que ce soit dans le cadre d'une démission, d'un départ en retraite ou un licenciement, il faut se préoccuper des conditions de sorties de son régime. Or, si la plupart des cas de démission ne donnent pas le droit à la portabilité, le départ en retraite peut donner le droit à l'application de la loi Evin, et le licenciement, sauf cas exceptionnel, donne le droit à la portabilité.

Ces éléments devront être communiqués à l'employé et l'entreprise devra mettre en place les formalités d'accompagnement du salarié en fonction de ses choix.

NOTA BENE

Si l'ensemble de ces tâches vous semblent trop chronophages ou complexes, Vasa propose une solution d'externalisation de la gestion du pilotage de la protection sociale pour un coût modique. Vous trouverez sur notre site la description de notre offre.

Cas particulier des salariés détachés au sein de l'Union Européenne

Afin de sauvegarder les droits à la retraite des salariés et non-salariés qui se déplacent d'un État membre à un autre et de contribuer à la suppression des obstacles à la libre circulation des travailleurs dans la Communauté européenne, la directive européenne no 98/49/CE du Conseil du 29 juin 1998 (JOCE 25 juill. 1998, no L 209), relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire des travailleurs salariés et non-salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, prévoit que les États membres doivent adopter les mesures nécessaires pour que les travailleurs détachés dans un autre État membre puissent continuer à cotiser à un régime complémentaire de pension établi dans un État membre auquel ils sont affiliés préalablement à leur détachement et ce, pendant toute la durée de leur détachement dans un autre État membre.

Cette disposition de droit communautaire a été transposée en droit interne par l' article 58 de la loi no 2002-73 du 17 janvier 2002 (JO 18 janv.), dite loi « de modernisation sociale », qui a créé l'article L. 914-4 du Code de la sécurité sociale, applicable aux détachements des travailleurs salariés réalisés à compter du 25 juillet 2001 : «les salariés détachés temporairement par leur employeur dans un État membre de la Communauté européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour y exercer une activité salariée ou assimilée (...) doivent pouvoir demeurer soumis pendant la période de détachement aux dispositions des régimes d'invalidité, de retraite ou en cas de décès institués conformément à l'article L. 911-1 (du Code de la sécurité sociale), applicables à l'entreprise ».

Et quid des impatriés ?

Les impatriés sont des salariés ou des mandataires sociaux, quelle que soit leur nationalité, appelés par une entreprise établie à l'étranger à occuper un emploi dans une entreprise établie en France pendant une période limitée et qui n'ont pas été résidents de France au cours des dix années civiles précédant celle de leur prise de fonction dans l'entreprise établie en France.

Les impatriés peuvent continuer à déduire les cotisations versées aux régimes obligatoires ou facultatifs, de retraite (en répartition ou en capitalisation) et de prévoyance complémentaire auxquels ils étaient affiliés avant leur arrivée en France jusqu'au 31 décembre de la huitième année suivant celle de leur prise de fonction en France dans les mêmes limites que celles prévues pour les salariés résidant en France qui n'ont pas le statut d'impatriés.

BÉNÉFICES D'UNE PROTECTION SOCIALE BIEN GÉRÉE

Les obligations de l'assureur

Aux termes de l'article L. 113-5 du Code des assurances, « lors de la réalisation du risque ou à l'échéance du contrat, l'assureur doit exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat et ne peut être tenu au-delà ».

La réalisation du risque défini au contrat rend exigible la prestation de l'assureur.

L'assureur est tenu de payer les prestations convenues en cas de réalisation du sinistre et de remplir les engagements qu'il a pu prendre lors de la conclusion du contrat d'assurance.

Le plus fréquemment, c'est une obligation de payer qui repose sur l'assureur. Les modalités de paiement et les bénéficiaires sont mentionnés dans la police d'assurance.

La prestation versée peut avoir une nature indemnitaire ou forfaitaire. La prestation indemnitaire correspond au montant du dommage subi par l'assuré et n'est pas fixée à l'avance dans le contrat ; la prestation forfaitaire est définie par avance dans le contrat d'assurance.

Le caractère forfaitaire d'une prestation interdit en principe à l'assureur l'exercice du recours subrogatoire prévu par l'article L. 121-12 du Code des assurances en matière de prestations indemnitaires.

L'assuré ou de manière plus générale, le bénéficiaire, dispose d'une action directe envers l'assureur. L'assuré détermine librement l'information qu'il doit transmettre à l'assureur. Il suffit qu'il indique la nature et la date du sinistre.

L'assureur ne peut valablement imposer une forme déterminée pour la déclaration du risque ; « toutefois, une simple allusion à l'accident sans indication de la date ni du lieu où il s'est produit ne constitue pas une déclaration valable » (Cass. 1re civ., 25 mai 1976, no 75-10.186, Bull. civ. I, no 199).

La preuve que la déclaration du sinistre a bien été effectuée doit être rapportée par l'assuré en cas de contestation. Il lui est donc conseillé de conserver cette preuve (une lettre recommandée avec AR étant la forme la plus efficace).

L'assuré doit déclarer le sinistre « dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé dans le contrat », délai qui « ne peut être inférieur à cinq jours» et qui peut être prolongé « d'un commun accord entre les parties » (C. assur., art. L. 113-2).

Le délai de cinq jours commence au lendemain du jour de la réalisation du sinistre ou du jour où l'assuré en a eu connaissance pour se terminer à la dernière heure du dernier jour du délai.

Les textes régissant ce délai ne sont pas applicables aux assurances sur la vie (C. assur., art. L. 113-2, 4o, dernier al.).

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'assurance de groupe ainsi que la rupture du contrat de travail sont sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées acquises ou nées durant soit l'exécution du contrat d'assurance de groupe, soit l'exécution du contrat de travail.

L'aspect social de la protection sociale

Notre expérience nous a permis de constater que mettre en place dans une entreprise un haut niveau de couverture ou/et augmenter la prise en charge de la garantie au-delà de son obligation légale est particulièrement bien perçu par les salariés. En effet, elle est généralement perçue comme un indicateur pertinent des valeurs de l'entreprise.

Le message ainsi envoyé est celui d'une entreprise qui prend soin de ses collaborateurs et leur permet de prendre soin de leur santé. Ce n'est évidemment pas le seul critère de choix d'un poste, mais il ne faut en ignorer l'impact.

NOTA BENE

Parfois, des collaborateurs vous indiqueront qu'ils sont hostiles à l'idée de la prise en charge par l'entreprise de la mutuelle, car celle-ci est imposable à l'impôt sur le revenu, de peur de « sauter de tranche ».

Il s'agit très clairement d'une mauvaise compréhension du mécanisme de l'impôt sur le revenu, car même dans le pire des cas, il reste toujours plus favorable pour un salarié d'avoir une plus grande prise en charge de son employeur sur la protection sociale d'entreprise.

Cependant, dans certains cas, notamment en cas de salariés ayant de petites rémunérations (Temps partiels au SMIC), il est possible que ces derniers soient pénalisés par une hausse de leur rémunération auprès d'organismes de prestations sociales, comme la CAF.

Par ailleurs, la plupart des mutuelles d'entreprise cotisent à une HDS, à savoir un fonds spécifique pour un « Haut Degré de Solidarité ». Ces fonds, souvent prévus par les conventions collectives, prévoient le financement d'actes de prévention.

Ainsi, il est possible d'obtenir des accompagnements ou financements dans des actions pouvant réduire les problématiques d'absentéisme au travail. Vous pouvez par exemple imaginer un accompagnement sur les questions des postures. Pour vérifier si votre garantie cotise à un HDS, le mieux est de vous plonger dans les conditions générales de votre garantie et de vérifier aussi ce qui est prévu par votre convention collective. Si vous pouvez en bénéficier, contactez votre conseiller pour connaitre les applications de mise en œuvre. Vous pourriez avoir de bonnes surprises.

LES POINTS DE VIGILANCE À BIEN CONNAÎTRE

Spécificité des organismes de prévoyance et des mutuelles sur les délais

Ni le Code de la sécurité sociale ni le Code de la mutualité ne déterminent les conditions de forme et de délai de déclaration du sinistre par l'assuré. Ce sont les dispositions du règlement intérieur de l'institution ou de la mutuelle qui régissent les relations entre les assurés et l'assureur en la matière.

En pratique, la majorité des règlements intérieurs prévoient des délais relativement longs (six mois à deux ans) avec, en cas de non-respect du délai, la perte pour l'assuré du droit à indemnisation du sinistre garanti.

Le dépassement

Les primes versées exonérées de cotisations sociales dans la limite de 8% de la rémunération brute annuelle, à concurrence de huit fois le plafond annuel Sécurité sociale.

En pratique : la part patronale des cotisations excédentaires constitue un complément de rémunération imposable qui doit être ajouté à la rémunération brute du salarié. La part salariale des cotisations excédentaires n'est pas déductible de la rémunération brute de l'intéressé. La ventilation de l'excédent s'effectue au prorata du montant des cotisations supportées.

Exemple donné par l'Administration fiscale (BOI-RSA-BASE-30-10-20, no 300). Soit un salarié qui perçoit une rémunération annuelle brute de 40 000€ et qui cotise à un régime de retraite dit « article 83 » au taux de 4%. Son employeur complète ce versement par une cotisation au taux de 6%. Le plafond de déduction s'élève à 3 200€ (40 000€ × 8%). Les cotisations salariales et patronales versées au régime de retraite supplémentaire s'élèvent à 1 600€ et 2 400€, soit au total 4 000 €, d'où un excédent de 800€ (4 000€ – 3 200€). La part salariale de cet excédent est égale à : 800€ × 0,40 = 320€ et la part patronale à : 800€ × 0,60 = 480€. La somme de 320€ n'est pas déductible de la rémunération brute et celle de 480€ doit être ajoutée à la rémunération brute du salarié.

NOTA BENE

Le plafond de déduction des cotisations n'est pas modifié du fait de l'augmentation de la rémunération.

Exception : Les primes liées au revenu de remplacement

Dans deux arrêts de principe, la Cour de cassation infirme la position de l'Administration sociale en ces termes : « Attendu que si le revenu de remplacement que constitue, pour le salarié absent, le maintien du salaire auquel est tenu l'employeur en application de la loi sur la mensualisation ou d'un accord collectif, est assujetti à la CSG et à la CRDS la prime acquittée par l'employeur dans le cadre d'une assurance souscrite pour garantir le risque d'avoir à financer cette prestation, qui n'a pas pour objet de conférer au salarié un avantage supplémentaire, ne constitue pas une contribution au financement d'un régime de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés » (Cass. 2e civ., 23 nov. 2006 et Cass. 2e civ., 23 nov. 2006).

Concrètement, cela signifie que la part de cotisation patronale qui finance, sous forme de primes versées à un organisme assureur, une obligation de maintien de salaire, en application de la loi de mensualisation ou d'une convention ou accord collectif, n'a pas la nature juridique d'une contribution patronale de prévoyance complémentaire. En conséquence, elle :

- n'a plus à être prise en compte pour apprécier le dépassement des limites d'exonération de cotisations de Sécurité sociale prévues à l' article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale ;
- est exclue de l'assiette de la CSG/CRDS et de la taxe à 8% (CSS, art. L. 137-1).

Les éléments permettant d'identifier cette part de cotisation patronale devront être établis à partir des indications fournies par l'organisme assureur. Ces arrêts ont été commentés par la lettre-circulaire de la DIRRES no 2007-030 du 8 février 2007, la lettre-circulaire ACOSS no 97-29 du 19 février 2007 et par la circulaire de la DSS no 5B/2007/77 du 23 février 2007.

Les dispenses d'affiliation

Un salarié peut être dispensé d'adhérer à un régime obligatoire de prévoyance complémentaire ou de retraite mis en place dans l'entreprise à laquelle il appartient, dans certaines conditions fixées par le législateur.

Les dispenses d'affiliation ont pour objectif d'éviter les doubles couvertures d'assurance pour un même individu. La loi distingue deux cas de dispense d'affiliation : celles qui concernent toutes les garanties collectives obligatoires, de retraite, de prévoyance ou de frais médicaux, et celles qui ne concernent que les garanties assurant la couverture de frais médicaux.

Les grands principes de la loi Evin

La loi Evin du 31 décembre 1989 encadre la mutuelle obligatoire d'entreprise. Selon l'article 4 de la loi Evin 89-1009 du 31 décembre 1989, elle permet aux salariés, sous certaines conditions, de continuer à bénéficier de leur complémentaire santé d'entreprise au moment du passage à la retraite. Les mêmes garanties santé sont alors maintenues avec un tarif encadré selon les modalités exposées ci-après. Le contrat est souscrit à titre individuel, et couvre uniquement l'ancien salarié et non plus sa famille. Notez que les ayants-droits d'un salarié décédé peuvent eux aussi bénéficier de la loi Evin.

Seules les garanties santé peuvent être maintenues dans le cadre de la loi Evin. Les garanties de prévoyance ne sont pas concernées.

Pour bénéficier d'un contrat dans le cadre du maintien des garanties de la mutuelle d'entreprise, le salarié doit faire sa demande dans les 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou dans les 6 mois suivant la fin de ses droits de portabilité.

Concernant l'ayant droit d'un salarié décédé, l'entreprise dispose d'un délai de 2 mois pour informer la mutuelle. Le nouveau contrat entre en vigueur au plus tard au lendemain de la demande pour une durée de 12 mois.

Depuis le 1er juillet 2017, la loi Evin a changé et l'évolution des tarifs a été fixée par décret comme suit :

LA 1ÈRE ANNÉE

Les tarifs sont identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs

LA 2ÈME ANNÉE

Les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs

LA 3ÈME ANNÉE

Les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs

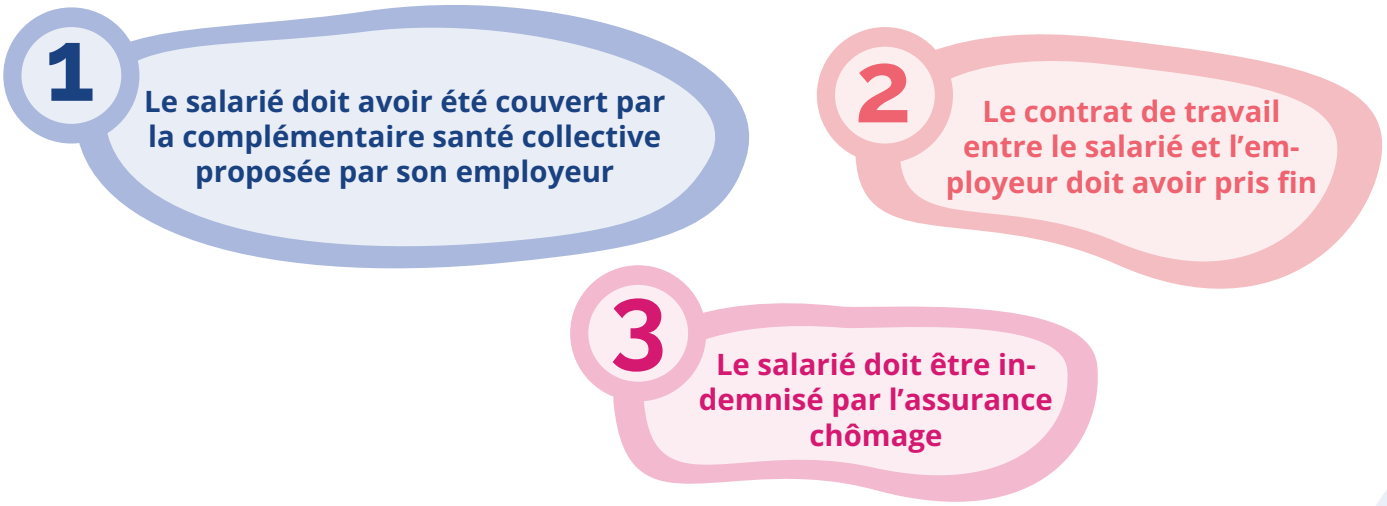
La portabilité

La portabilité est un dispositif permettant aux assurés de bénéficier gratuitement de leur complémentaire santé sous conditions pendant une période donnée.

Depuis 2016, chaque employeur doit mettre à disposition de ses salariés une couverture santé collective à adhésion obligatoire (hors cas de dispense prévus par la loi) pour protéger ses salariés.

En complément, l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit que « Les salariés garantis collectivement (...) bénéficient du maintien à titre gratuit de [leur] couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage ».

Trois conditions réunies pour bénéficier du maintien gratuit de sa couverture santé :



Lorsque ces conditions sont réunies, le salarié peut bénéficier du maintien gratuit de sa complémentaire santé collective pendant 12 mois maximum (sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires). La durée du maintien gratuit est calculée selon celle du(des) dernier(s) contrat(s) de travail. Ainsi, si le salarié a été embauché pour une période de 6 mois, le maintien gratuit pourra être accordé pour la même durée.

LE MOT DE FIN

Et voilà ! Après lecture de ce guide, vous devriez désormais avoir une base de connaissances assez solide sur la protection sociale d'une entreprise.

Vous avez apprécié notre travail ? Vous avez des questions ? Des suggestions de nouvel ebook ? Nous restons disponibles pour vous répondre.

Suivez-nous sur nos réseaux sociaux :

Ou envoyez-nous un mail à **bonjour@vasa.fr**. N'hésitez pas non plus à faire un tour sur notre **blog** et à vous inscrire à notre **newsletter**.

Nous répondons à tous vos messages et nous partageons régulièrement des astuces ou des conseils sur la protection sociale des entreprises !

À très bientôt,

L'équipe **Vasa**