



S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

Guide du négociateur

sur la

Complémentaire santé

Préambule	4
1. L'objet de la négociation : faire bénéficier les salariés d'une complémentaire santé	5
2. Définitions, repères, mots clé	6
a. Négocier un régime de protection sociale complémentaire	6
b. Les garanties de prévoyance	8
3. Etre bien renseigné avant d'entamer les négociations	9
a. Connaître les caractéristiques de la branche professionnelle.....	9
b. Connaître les attentes et les besoins des salariés concernés	9
c. Connaître l'existant en matière de prévoyance dans la branche	10
4. Négocier un accord collectif avant de conclure un contrat d'assurance.....	11
5. Une complémentaire santé à caractère collectif et à adhésion obligatoire	12
I. Le contenu et le niveau des garanties	14
A quel niveau intervient la complémentaire santé ?	14
I.1 Savoir lire et comprendre un tableau des garanties	15
Ticket modérateur, base de remboursement et frais réels.....	15
I.2 Savoir calculer le montant d'une prestation	16
I.3 Le contrat responsable et solidaire : définition.....	16
I.4 Eviter l'écueil des frais réels en matière de dépassements d'honoraires	18
I.5 Les dépenses faiblement prises en charge par la Sécurité sociale	18
I.6 Recourir aux réseaux de soins	19
I.7 Aller plus loin sur la prévention	20
I.8 Garantir aux salariés des prestations d'action sociale	21
II. Les personnes concernées par le régime	22
II.1 Les salariés	22
a. Les critères interdits pour définir les bénéficiaires	22
b. Les catégories objectives : définition	22
c. Les possibilités de dispense d'affiliation	23
d. Les droits non contributifs : éviter les situations de rupture de protection	25
II.2. Les ayants-droit du salarié	26
II.3 Les anciens salariés	27
a. La portabilité des garanties santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi ...	27
b. L'article 4 de la loi Evin	28

III. Le financement du régime	30
III.1 La répartition du financement entre employeur et salariés	30
III.2 Une cotisation à caractère forfaitaire ou proportionnelle ?	30
III.3 Les exonérations sociales et fiscales.....	31
IV. Les modalités de choix de l'organisme assureur	33
IV.1 La distinction entre mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurances.....	33
IV.2 Les degrés de contraintes fixés aux entreprises	33
IV.3 La procédure de mise en concurrence des opérateurs	35
V. Entrée en vigueur et suivi du régime frais de santé	38
V.1 La procédure d'extension des accords collectifs frais de santé	38
V.2 Anticiper les modalités de suivi du régime frais de santé.....	39

Préambule

Notre système de santé est un élément structurant de notre société, qui a fait le choix fondateur de se prémunir contre le coût des soins grâce à un système d'assurance maladie financé collectivement, selon les capacités de chacun, et accessible quel que soit le niveau de richesse. Ce système de santé fait partie intégrante de notre pacte national. Il doit répondre aux besoins de chacun contre la maladie pour garantir la santé de tous.

Outre son aspect solidaire et social, notre système de santé a aussi une importance économique, car il nourrit la croissance par différents canaux : une population en bonne santé a un impact positif sur le marché du travail et la productivité ; elle favorise un cercle vertueux entre accroissement de l'espérance de vie et investissement dans le capital humain, facteur déterminant de la croissance sur le long terme.

Le système de santé français est classé parmi les plus performants au monde avec notamment le recul voire la disparition de maladies infectieuses, l'augmentation de la longévité de deux mois tous les ans et une assurance maladie étendue à la quasi-totalité de la population grâce à la Couverture maladie universelle (CMU).

Pourtant, les dépenses de santé augmentent à un rythme plus soutenu que la richesse nationale. Depuis 1989, elles captent une part croissante de la richesse nationale au point de maintenir durablement en déficit les régimes d'assurance maladie obligatoire, sans pour autant parvenir à éviter des "restes à charge" importants pour les malades. En 2010, la dépense courante de santé (maladie, invalidité, accidents du travail) représente 12,1 % du PIB, elle s'est accrue de 4 % par an sur la dernière décennie. C'est une des conséquences du développement économique et social, des progrès techniques et médicaux, de la croissance démographique et de l'allongement de la durée de vie.

Ces manifestations de réussite de nos sociétés modernes se sont accompagnées d'une dégradation de l'accessibilité aux soins. Notre système connaît des difficultés persistantes à s'adapter aux nouvelles problématiques (obésité, vieillissement, poly-pathologies, affections de longue durée (ALD)...) qui ont pour conséquence l'apparition, au niveau individuel, d'inégalités diverses qui tendent à s'accroître : un homme cadre de 35 ans aujourd'hui vivra en moyenne 6,3 ans de plus qu'un homme ouvrier, une femme cadre du même âge vivra 3 ans de plus qu'une femme ouvrière.

Face à l'augmentation structurelle des coûts de santé, l'assurance maladie tend à concentrer ses remboursements sur les maladies de longue durée et l'hôpital. Les soins de ville sont de moins en moins bien remboursés. Ce désengagement relatif de la Sécurité sociale conduit à renvoyer sur les complémentaires-santé et les individus une part croissante des dépenses engagées. L'accès aux soins devient difficile : parmi les personnes sans complémentaire santé, 30% déclarent renoncer aux soins dans l'année faute de moyens financiers. Ainsi avoir une complémentaire est un déterminant essentiel de l'accès aux soins. Et si la CFDT a toujours comme objectif d'augmenter les ressources de la Sécurité sociale et d'améliorer sa prise charge, il n'en reste pas moins que cette réponse n'est pas suffisante pour le quotidien immédiat des salariés !

Ainsi, les partenaires sociaux ont été amenés à ré-internaliser dans les entreprises le financement de la santé via les contrats collectifs. Mais des inégalités d'accès à ces garanties complémentaires d'entreprise demeurent entre salariés dans l'emploi et les autres (chômeurs, retraités...), ceux des grandes et des petites entreprises, entre salariés du privé et salariés de la fonction publique qui ne bénéficient que d'une participation purement symbolique de leur employeur pour payer leur complémentaire.

1. L'objet de la négociation : faire bénéficier les salariés d'une complémentaire santé

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 repris par la loi, est un premier pas vers la généralisation de la couverture santé à tous. Cette démarche devra être complétée par une négociation de même nature dans la fonction publique. Et pour ceux qui ne sont pas dans l'emploi la CFDT revendique un fonds de mutualisation qui permettrait de solvabiliser l'acquisition d'une complémentaire santé dont le caractère « responsable » doit être renforcé. Mais là n'est pas l'objet de ce guide.

Comme le prévoient l'ANI et la loi du 14 juin 2013¹, la négociation est obligatoire, en premier lieu, dans les branches et à défaut dans les entreprises pour la mise en place **d'une couverture collective à adhésion obligatoire de remboursement complémentaire des frais de santé des salariés du secteur privé.**

Jusqu'à-là, la mise en place de la complémentaire santé collective et obligatoire dans les entreprises s'est faite par l'incitation (exonérations fiscales et sociales), selon des modalités précises (financement homogène pour les salariés, avec participation de l'employeur, respect du cahier des charges des contrats responsables...). Il est désormais obligatoire d'ouvrir des négociations. Le régime fiscal et social avantageux des contrats collectifs et obligatoires ainsi encadrés demeure, malgré le changement intervenu en 2013 sur la fiscalisation de la participation de l'employeur sur les revenus du salarié. Il est important que ces exonérations fiscales et sociales perdurent car elles permettent l'accès aux complémentaires au plus grand nombre.

Si l'accord du 11 janvier 2013 ne concerne que la complémentaire santé, cela n'empêche pas d'ouvrir également des négociations sur la prévoyance². La « prévoyance » renvoie à la couverture de l'incapacité de travail, l'invalidité, le décès, voire la dépendance, on parle de « gros risque ». La « couverture frais de santé » ou « complémentaire santé » (appelée aussi par abus de langage « mutuelle ») couvre les frais d'hospitalisation, de consultations, d'analyses, le recours à des auxiliaires médicaux, l'achat de médicaments, d'appareillages, notamment dentaires et optiques complémentaires à l'assurance maladie, on parle de « petit risque ».

Comme en matière de prévoyance, ce sont les partenaires sociaux qui ont la responsabilité de négocier le contenu de ce qui constitue un « régime de protection sociale ».

Les partenaires sociaux doivent à la fois avoir la maîtrise politique du contenu des garanties servies dans les accords complémentaires santé, définir les personnes couvertes, les modalités du financement du régime et en assurer le suivi.

Trop souvent les opérateurs d'assurance élaborent des contrats « clés en mains » qui répondent à leurs propres priorités ou pour se démarquer de leurs concurrents sans que ces propositions soient en adéquation avec les besoins et priorités des principaux concernés : les salariés et leurs représentants. Il faut rompre avec cette pratique et rester maître du contenu du régime en l'adaptant à ce qu'est le juste besoin de soins pour les salariés de la branche ou de l'entreprise.

¹ Loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi

² Il existe une obligation annuelle de négocier sur ce thème dans les entreprises, en application de l'article L. 2242-11 du code du travail.

Ce guide a pour but d'aider les équipes à négocier ces régimes frais de santé et à prendre toute la mesure de la responsabilité nouvelle qui leur revient dans la mise en place de ces régimes qui apportent des résultats concrets aux salariés. L'accès à une complémentaire santé de qualité a un impact tant sur l'état de santé du salarié et de sa famille, sur la capacité à se maintenir dans l'emploi, que sur le pouvoir d'achat. En effet les complémentaires collectives sont en moyenne 30% moins chères que les contrats individuels. De plus la négociation permettra de faire prendre en charge une partie plus ou moins importante de la cotisation par l'employeur.

L'accord national interprofessionnel prévoit 3 temps pour la généralisation de la complémentaire santé :

- La négociation collective de branche,
- à défaut la négociation collective d'entreprise,
- à défaut (quand il n'y a pas de représentants du personnel dans l'entreprise ou que les négociations ont échoué) un contrat socle minimum doit s'appliquer.

Pour la CFDT, l'enjeu est de conclure aussi souvent que possible un accord au niveau de la branche, car les avantages sont nombreux :

- **Un accord de branche garantit la couverture de tous les salariés, y compris ceux des plus petites entreprises de la branche.**
- **La mutualisation des risques au niveau de la branche permet d'éviter des différences de coût, d'une entreprise à l'autre, liée à la structure des âges et à l'état de santé des salariés.**
- **Une complémentaire santé de branche sécurise la mobilité des salariés à l'intérieur de la branche : ils ne changent pas de complémentaire santé quand ils changent d'entreprise.**
- **Plus important encore : une complémentaire santé de branche participe mieux à la régulation des dépenses de santé. Elle évite en effet l'inflation des dépenses que l'on connaît dans certaines entreprises quand la complémentaire est « vendue » par l'employeur comme un avantage salarial, et donc rembourse des soins pas forcément utiles, voire des dépassements d'honoraires exagérés.**
- **Le niveau de la branche, compte tenu de sa taille, offre un rapport de force commercial et donc tarifaire intéressant.**
- **Le régime négocié au niveau de la branche s'applique de façon impérative à toutes les entreprises de la branche. Cela impacte donc la complémentaire santé des entreprises déjà couvertes, au sens où la couverture existante doit être mise en conformité avec le contenu du régime négocié par la branche (c'était déjà le cas avant la conclusion de l'ANI.)**

2. Définitions, repères, mots clé

a. Négocier un régime de protection sociale complémentaire

L'obligation de négocier, prévue dans l'ANI du 11 janvier 2013, et reprise dans la loi de transposition, porte sur « *une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident* ».

Si l'on décompose, la négociation :

- A pour objet de faire bénéficier les salariés d'une complémentaire santé,
- Dont la mise en place suppose la négociation d'un accord collectif d'une part, et la conclusion d'un contrat d'assurance d'autre part,
- Et qui devra revêtir un caractère collectif et être à adhésion obligatoire.

La négociation d'une « couverture » peut consister à définir :

- Le(les) taux de cotisations et sa/leur répartition entre l'employeur et le salarié,
- Et/ou la nature et le niveau des garanties proposées,
- Et/ou l'organisme assureur / les organismes assureurs gestionnaire(s),

Lorsque l'accord collectif définit l'ensemble de ces paramètres, on parle de « régime de protection sociale complémentaire ». Pour la CFDT, la négociation de la complémentaire santé relève bien de cette démarche et consiste à bâtir un régime.

Dans le langage courant, le mot « mutuelle » désigne le fait, pour un particulier, de disposer d'une assurance couvrant ses frais et soins de santé. Le terme désigne, au sens strict, l'organisme assureur à but non lucratif, régi par le code de la mutualité.

Dans le cas qui nous occupe, il s'agit de mettre en place une « mutuelle », ou plutôt, une complémentaire santé (qui est le terme générique) pour couvrir les salariés d'une branche ou d'une entreprise. Nous emploierons les termes de « garanties santé » ou « garanties frais de santé », pour en désigner le contenu en termes de prestations, c'est-à-dire le remboursement ou la prise en charge des frais de santé.

Les « *frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident* » évoqués par l'ANI sont principalement de deux types :

- Les honoraires d'un professionnel de santé (médecin généraliste, spécialiste, exerçant à l'hôpital ou en cabinet) qui lui sont dus au titre de la consultation et/ou des actes qu'il pratique,
- Le coût des médicaments, produits de santé et appareillages divers (lunettes, prothèses dentaires, etc.).

Ces frais sont pris en charge, en totalité ou en partie, par la Sécurité sociale. La couverture à négocier a donc pour objectif de compléter le remboursement de ces frais, de façon à ce qu'il ne reste plus à la charge du salarié (et de ses ayants-droit, s'ils sont couverts) qu'une petite partie des frais, voire plus rien.

Dans tous les cas, les prestations versées au salarié sont forfaitaires, c'est-à-dire exprimées sur une base identique pour tous, comme c'est le cas des remboursements effectués par la Sécurité Sociale. Elles ne dépendent pas de la rémunération du salarié.

Pour la CFDT, le fait que les prestations complémentaires de frais de santé soient forfaitaires justifie qu'il ne soit pas fait de distinction entre les catégories socioprofessionnelles qui composent la branche, et que l'ensemble des salariés bénéficie des mêmes droits.

b. Les garanties de prévoyance

La principale différence qui existe entre les garanties frais de santé et les garanties de prévoyance réside dans le fait que ces dernières dépendent de la rémunération du salarié. En effet, les garanties qui peuvent bénéficier à un salarié en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès, qu'il est courant de regrouper sous l'appellation de « prévoyance lourde », visent à compenser la perte de rémunération qui résulte de l'arrêt de travail ou du décès du salarié. Les prestations qui peuvent être versées sont, dans ce cas, exprimées très fréquemment en pourcentage du salaire de référence du salarié, et peuvent par conséquent varier très fortement d'un salarié à l'autre.

Les garanties de prévoyance sont pour l'essentiel :

- Incapacité de travail : lorsqu'un salarié est en arrêt de travail pour des raisons de santé, sa rémunération peut lui être maintenue en totalité ou en partie pendant une période déterminée, qui ne peut excéder 3 ans (1095 jours). Le régime de prévoyance complémentaire mis en place par voie de convention ou d'accord collectif intègre le plus souvent l'indemnisation de la part de la Sécurité Sociale, appelée « indemnités journalières ». Cette garantie peut venir en complément ou en relais de la garantie « maintien de salaire » (cf partie 3.c page 8). Le montant et la durée de l'indemnisation peuvent varier selon que l'arrêt de travail est d'origine professionnelle ou non (accident du travail ou maladie professionnelle).

Exemple : il sera versé au salarié une indemnité correspondant à 80 % de son salaire mensuel net, prestations de Sécurité sociale incluses, pendant trois ans maximum.

- Invalidité ou incapacité permanente : un salarié est reconnu comme invalide par la Sécurité sociale lorsque son incapacité de travail est considérée comme irréversible. Cette incapacité peut être totale ou seulement partielle (perte de l'usage d'un membre par exemple). Il peut bénéficier de prestations au titre de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail, selon que l'origine de l'arrêt est extra-professionnelle (invalidité) ou résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (incapacité permanente).

En fonction de sa situation, le salarié invalide est classé dans l'une des trois catégories de la Sécurité Sociale :

- 1^{ère} catégorie : salariés capables de travailler,
- 2^{ème} catégorie : salariés qui ne sont plus en capacité de travailler,
- 3^{ème} catégorie : salariés qui ne sont plus en capacité de travailler et qui doivent avoir recours à l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante.

En ce qui concerne l'incapacité permanente, la classification se fait selon un pourcentage. La plupart des régimes de prévoyance complémentaire, conclus entre les partenaires sociaux, attribuent des montants d'indemnités différents selon que le taux d'incapacité est compris entre 33 et 66 %, ou supérieur à 66 %. La nécessité de recourir à une tierce personne est également prise en compte.

La prestation versée aux salariés reconnus invalides ou en situation d'incapacité permanente est généralement une rente, qui peut être viagère (versée jusqu'au décès du salarié) ou temporaire (versée jusqu'au jour où le salarié commence à percevoir sa pension de retraite).

- **Décès** : en cas de décès du salarié, ses ayants-droit (conjoint et enfants le plus souvent) peuvent percevoir un capital décès et/ou une rente. Le capital décès « indemnise » la mort de la personne, tandis que les rentes ont vocation à compenser la perte de salaire consécutive au décès du salarié pour sa famille. Il peut s'agir d'une rente de conjoint (temporaire ou viagère) et/ou de rentes éducation pour les enfants.

3. Etre bien renseigné avant d'entamer les négociations

Avant le début des négociations, il est préférable de bien connaître les caractéristiques de la branche / de l'entreprise, les attentes des entreprises et des salariés, et les garanties de prévoyance qui existent, afin d'adapter au mieux les garanties santé.

a. Connaître les caractéristiques de la branche professionnelle

Dans le cas d'une négociation de branche, il est utile de connaître le nombre d'entreprises, le nombre de salariés et l'effectif salarié moyen par entreprise, s'il s'agit plutôt de TPE-PME ou de grandes entreprises, et si la taille des entreprises est très diversifiée.

L'intérêt de négocier au niveau de la branche professionnelle est d'autant plus élevé si les entreprises sont petites. En effet, la mutualisation des risques consiste à mettre en commun les cotisations de toutes les entreprises, qui alimentent un fonds, sur lequel sont prélevées les prestations à verser aux salariés.

A l'inverse, si la branche est composée d'entreprises de taille importante, il est probable qu'une grande partie d'entre elles aient déjà mis en place leur propre couverture frais de santé, qui entrera alors en « concurrence » avec celle négociée au niveau de la branche, ce qui peut créer des difficultés³.

Lorsque la branche est composée d'une multitude de très petites entreprises et de quelques grosses entreprises, les intérêts de chacune des deux catégories d'entreprises peuvent être divergents. En effet, tandis que les représentants des grandes entreprises pourront souhaiter instaurer un niveau de garanties minimales au niveau de la branche, puisqu'ils seront en mesure de négocier au niveau de leur propre entreprise des garanties plus intéressantes pour les salariés (si ce n'est pas déjà le cas), on peut imaginer que les représentants des petites entreprises attacheront nettement plus d'importance à la mise en place de garanties d'un bon niveau au niveau de la branche.

Il est donc préférable d'évaluer la proportion d'entreprises qui ont négocié et mis en place une couverture complémentaire santé au moment de l'ouverture des négociations de branche.

b. Connaître les attentes et les besoins des salariés concernés

Qu'il s'agisse d'une négociation de branche ou d'entreprise, il est intéressant de collecter des données sur les salariés : l'âge moyen des effectifs, la répartition homme / femme, les catégories socioprofessionnelles, les salaires perçus, les situations de famille. En effet, les besoins des salariés concernés par l'accord négocié sont très différents selon qu'il s'agit de jeunes ayant un ou plusieurs enfants en bas âge ou de salariés proches du départ à la retraite, qui n'ont plus d'enfants à charge par exemple.

³ Voir partie IV

La nature des contrats de travail est également un élément dont il convient de tenir compte. En effet, si l'activité de l'entreprise / de la branche l'amène à recourir régulièrement aux contrats à durée déterminée, à l'intérim, à embaucher des salariés saisonniers ou des jeunes en contrat d'apprentissage, les situations dans lesquelles le salarié pourrait être dispensé de s'affilier au régime de branche devront être étudiées très attentivement.

Les bilans sociaux annuels, des enquêtes de branche sur les conditions de travail, les données statistiques des assureurs de protection sociale ayant des contrats en toute ou partie avec les branches concernées (occurrence des maladies, « sociologie » de la branche) peuvent vous être utiles.

Il existe beaucoup d'accords sur les complémentaires santé et prévoyance dans les conventions collectives de branches que vous trouverez sur le site Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/initRechConvColl.do>

Au-delà de ces données statistiques, il vous revient de recueillir les besoins des salariés, leurs attentes vis-à-vis de cette couverture santé. Il vous faut solliciter le plus grand nombre de personnes possible, et les interroger de façon précise. La réalisation d'une enquête flash est, par exemple, pertinente pour connaître les besoins des salariés sur le sujet.

c. Connaître l'existant en matière de prévoyance dans la branche

Deux obligations principales sont à la charge de tout employeur en matière de protection sociale : la garantie maintien de salaire, et la cotisation de 1,5% de la tranche A des salaires des cadres destinée à financer un capital décès. Ces obligations représentent un coût pour chaque entreprise, qu'il est utile de connaître.

è La garantie maintien de salaire

En application de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 (article 5), qui modifie l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, dont les dispositions ont été reprises dans la loi du 19 janvier 1978 dite « de mensualisation » et codifiées aux articles D. 1226-1 et suivants du code du travail, tous les salariés ayant un an d'ancienneté dans une entreprise bénéficient, en cas d'incapacité de travail, d'un maintien de leur salaire pendant 60 jours (30 jours à hauteur de 90 % puis 30 jours à 66 %) à l'issue d'un délai de carence de 7 jours.

Il n'y a pas de délai de carence lorsque l'arrêt de travail a une origine professionnelle (accident de travail ou maladie professionnelle). Les durées d'indemnisation augmentent de 10 jours par période entière de cinq ans d'ancienneté, sans que chacune d'elle puisse excéder 90 jours.

Ces indemnités légales constituent le niveau « plancher » d'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail. Elles sont financées exclusivement par l'employeur.

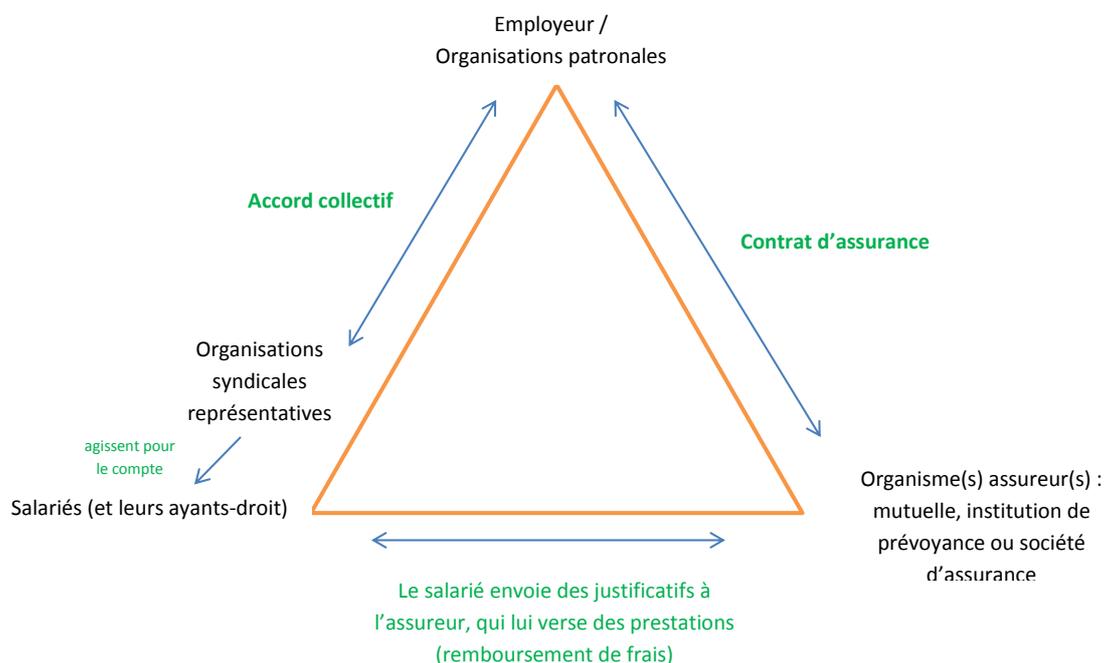
Dans chaque convention collective, il peut être prévu des dispositions plus favorables (durée du maintien plus longue, montant plus important, réduction du délai de carence).

Les régimes de prévoyance mis en place dans l'entreprise ou dans la branche professionnelle, qui prennent le relais et/ou complètent les obligations de l'employeur, ne peuvent être moins favorables, s'agissant de l'incapacité de travail, que les dispositions issues de la loi dite « de mensualisation » modifiée.

è L'article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, impose à tout employeur de cotiser à hauteur de 1,5 % du salaire limité à la tranche A pour l'ensemble de ses cadres, afin de financer prioritairement des garanties décès. Le régime de prévoyance de branche peut intégrer cette obligation ou la laisser à la discrétion de chaque entreprise.

4. Négocier un accord collectif avant de conclure un contrat d'assurance

L'une des particularités des garanties de protection sociale complémentaire (prévoyance et frais de santé) tient au fait que leur mise en place suppose d'organiser des relations tripartites entre les employeurs, les salariés et un ou plusieurs organismes assureurs, qui peuvent être schématisées comme suit :



Les représentants des employeurs et les représentants des salariés doivent s'entendre pour négocier et conclure un accord collectif qui détermine les droits et obligations respectives des parties, comme c'est le cas pour de nombreux autres sujets.

Il est interdit à une entreprise d'assumer elle-même, sur ses fonds propres, les risques assurantiels qu'elle s'engage à accorder à ses salariés. Elle doit impérativement externaliser la gestion de ces risques, et faire appel à l'une des trois catégories de structures habilitées à pratiquer des opérations d'assurance en France : institution de prévoyance, mutuelle ou entreprise d'assurance⁴.

Pour ce faire, elle doit donc conclure un contrat avec un ou plusieurs organismes prestataires.

Il est nécessaire que le contrat d'assurance contienne exactement les mêmes dispositions que l'accord collectif s'agissant des droits et obligations des salariés et des employeurs. Il convient donc de prendre toute la mesure des engagements pris dans l'accord collectif et leur coût.

⁴ Cela découle de l'article 1^{er} de la loi Evin.

En effet, dès lors que les partenaires sociaux qui négocient un accord collectif au niveau de la branche professionnelle fixent à la fois les garanties offertes aux salariés et le taux de cotisations prélevés sur les salaires et versés par les entreprises, comme le prévoit l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, les modalités de choix de l'organisme assureur ne sont pas anodines. L'accord de branche ne peut pas prévoir d'obligation pour les entreprises concernées par l'accord de s'affilier auprès de tel ou tel organisme assureur. Par conséquent, certaines d'entre elles peuvent éprouver des difficultés à contracter avec un assureur au prix (taux de cotisations) fixé par l'accord collectif, qu'elles sont tenues de respecter et d'appliquer.

Lorsque la couverture instaurée est collective et à adhésion obligatoire pour les salariés, l'article 2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin » s'applique. En vertu de cet article, l'organisme assureur qui se propose d'assurer une entreprise ne peut pas opérer de sélection entre les salariés, selon leur état de santé au moment de la conclusion du contrat d'assurance. Il doit accepter d'assurer l'ensemble du groupe ou refuser de l'assurer.

En pratique, cela ne signifie pas pour autant qu'il ait interdiction d'obtenir des éléments sur l'état de santé de ces salariés, afin d'évaluer le risque financier encouru. Dès lors, pour pouvoir verser aux salariés les prestations prévues par l'accord de branche, il pourra être amené à demander à l'entreprise de lui verser des cotisations d'un montant plus important que le taux prévu dans l'accord collectif, selon le risque que représentent les salariés de l'entreprise.

Si une entreprise ne conclut pas de contrat avec un organisme assureur, elle encourt un risque très important, qui est d'être contrainte de verser elle-même les prestations aux salariés, sur sa trésorerie, ce qui peut très rapidement mettre en péril son équilibre financier.

La négociation entre les partenaires sociaux, en vue de la conclusion d'un accord collectif, doit s'opérer dans des conditions sereines, c'est-à-dire sans qu'un organisme assureur intercède trop tôt dans les discussions. Même s'il est utile d'avoir une idée du coût que pourra représenter la mise en place des garanties frais de santé, leur contenu et leur niveau doivent avoir été librement débattus au préalable. Vous pouvez faire appel à un actuair, dès lors que celui-ci vous aura prouvé qu'il agit en professionnel indépendant, pour déterminer le coût approximatif des garanties que vous souhaitez instaurer (cf. partie IV).

De plus, il est indispensable de solliciter plusieurs organismes assureurs différents, de les « mettre en concurrence » aussi bien en ce qui concerne le tarif que sur des éléments comme la participation aux bénéfices, ou des actions de prévention innovantes par exemple (cf. partie IV.3).

5. Une complémentaire santé à caractère collectif et à adhésion obligatoire

Lorsqu'elle est négociée au niveau de la branche, la couverture peut « faire concurrence » aux régimes mis en place par les entreprises elles-mêmes (cf. IV.2). S'agissant de garanties permettant la prise en charge de frais et soins de santé, elle va également, dans de nombreux cas, faire doublon avec le contrat d'assurance santé que chaque salarié peut avoir souscrit individuellement, auprès d'un organisme de son choix (cf. II.1 page 17 les possibilités de dispenses d'affiliation). Selon sa situation de famille, son âge et ses revenus notamment, la couverture instaurée au niveau de la branche peut proposer des garanties moins intéressantes, et/ou coûter plus cher.

Cependant, seuls les régimes de protection sociale complémentaire à caractère collectif et obligatoire ouvrent droit au régime social et fiscal très avantageux prévu par les textes (cf. III.3), à savoir que :

- Les cotisations versées par les employeurs comme par les salariés pour le financement du régime ne sont pas soumises à prélèvements sociaux et sont déductibles de l'impôt sur les sociétés / sur le revenu pour la cotisation du salarié.
- Les prestations perçues par le salarié ne sont pas considérées comme des revenus au titre de l'imposition sur le revenu.

I. Le contenu et le niveau des garanties

L'élaboration des garanties consiste à déterminer ce que vous souhaitez donner comme protection aux salariés de la branche. Cette protection est à adapter, notamment sur la prévention, au secteur d'activité, à la sociologie de la branche, à la proportion de femmes, d'hommes, à l'âge des salariés.

A quel niveau intervient la complémentaire santé ?

Les négociateurs ont à déterminer les niveaux et mode de prise en charge des frais de santé auxquels va s'engager l'opérateur : ce sont les garanties.

Les garanties peuvent notamment concerner :

- Les frais liés à une hospitalisation (honoraires en établissements de santé, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...)
- Les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes,
- Les frais pharmaceutiques (médicaments et vaccins)
- Les frais de biologie médicale (analyses)
- Les actes médicaux et d'auxiliaires médicaux,
- Les frais d'optique : montures, verres et lentilles,
- Les frais de soins et de prothèses dentaires,
- Les frais d'autres appareils médicaux (audio-prothèse, fauteuil roulant,...)

Pour l'essentiel des actes et produits médicaux, la dépense engagée est prise en charge en partie par l'assurance maladie obligatoire (AMO), en partie par l'assurance maladie complémentaire (AMC en fonction des garanties) et en partie par l'assuré, comme l'indique le schéma ci-dessous.

La dépense engagée par l'assuré se décompose en :				
Le tarif en détail	Montant du remboursement de l'assurance maladie obligatoire (base de remboursement multipliée par le taux de prise en charge)	Franchise ou participation forfaitaire	Ticket modérateur	Dépassements
Qui paie quoi ?	Pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale)	Payé essentiellement par l'assuré	Pris en charge par la complémentaire santé (en fonction des garanties)	Payé par l'assuré (montant restant éventuellement à la charge de l'assuré)

Afin de garantir l'équité en termes de couverture entre les catégories professionnelles au sein des branches, la priorité doit être donnée à un bon niveau de garanties de base identique pour tous.

Certains assureurs proposent des systèmes fonctionnant sur une garantie « de base », souscrite par l'ensemble des salariés, et une ou plusieurs options qu'ils peuvent choisir de souscrire ou non, afin de bénéficier d'une meilleure prise en charge. Ces options sont choisies par les salariés qui le peuvent financièrement, pénalisant ceux qui ne peuvent pas faire cet effort. D'autre part cela pose la question de la participation de l'employeur au financement de ces options, qui serait mécaniquement plus importante pour les salariés qui souscrivent les options.

Pour la CFDT, il n'est pas juste de proposer aux salariés des dispositifs de type « base + option ».

I.1 Savoir lire et comprendre un tableau des garanties

Lorsque l'une des organisations qui négocient soumet aux autres une proposition de grille de prestations, il convient de savoir la « déchiffrer ».

En premier lieu, il est utile de vérifier si les remboursements proposés s'entendent remboursements de la Sécurité sociale compris ou hors remboursements de Sécurité sociale.

Ensuite, certaines grilles dissocient les remboursements d'honoraires et d'actes selon qu'ils sont pratiqués par un professionnel de santé conventionné ou non conventionné. La Sécurité sociale utilise trois catégories :

- Professionnels conventionnés secteur 1,
- Professionnels conventionnés secteur 2,
- Professionnels non conventionnés.

Les professionnels conventionnés secteur 1 ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires, ils ne facturent que sur la base des tarifs conventionnés de la Sécurité Sociale.

Les professionnels conventionnés secteur 2 fixent librement leurs honoraires, « avec tact et mesure », les remboursements de la Sécurité sociale restent fixés sur la base du tarif de convention. Ils peuvent choisir l' « option de coordination », ce qui signifie qu'ils s'engagent à facturer les actes cliniques qu'ils réalisent au tarif opposable de la Sécurité sociale, et à plafonner leurs dépassements d'honoraires à 15 % en ce qui concerne les actes techniques. Au global, sur 30 % de leur activité ils ne doivent pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Certains professionnels conventionnés secteur 1 et les professionnels conventionnés secteur 2 peuvent par ailleurs souscrire au « contrat d'accès aux soins »⁵ conclu entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. Dans ce cas, ils s'engagent à :

- ne pas augmenter leurs tarifs pendant les 3 années du contrat ;
- respecter leur taux de dépassement d'honoraires moyen de l'année précédant leur adhésion ;
- réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant leur adhésion.

Les professionnels non conventionnés fixent librement leurs honoraires, les remboursements de la Sécurité sociale sont, dans ce cas, basés sur des tarifs très faibles.

Ticket modérateur, base de remboursement et frais réels

Depuis janvier 2011, le **tarif conventionnel** (TC) pour la consultation d'un généraliste conventionné secteur 1 est de 23 €. Ce tarif sert donc de **base de remboursement** (BR) à la Sécurité Sociale, que le médecin consulté soit conventionné secteur 1 ou secteur 2.

L'assurance maladie rembourse cette consultation à hauteur de 70% soit 16,10 €, montant dont est déduit la participation forfaitaire de 1 €, donc 15,10 €.

Le **reste à charge** pour l'assuré est donc de 23 € - 16,10 € = 6,90 €, soit 30 % de la base de remboursement. Lorsqu'il est prévu que la complémentaire santé prend en charge le **ticket modérateur** (TM), cela signifie qu'elle complète le remboursement de la Sécurité sociale à

⁵ Contrat instauré par l'avenant n° 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011, signé le 25 octobre 2012.

concurrence de 100 % de la base de remboursement, à l'exception de la participation forfaitaire, soit 5,90 € dans notre exemple.

La **participation forfaitaire** de 1 € concerne chaque consultation ou acte, examen radiologique ou analyse biologique. Les organismes assureurs doivent s'engager à ne pas rembourser ces participations forfaitaires s'ils veulent que le contrat soit reconnu comme un « contrat responsable » et ouvre droit au régime social et fiscal favorable qui peut être appliqué aux contrats collectifs à adhésion obligatoire (article L.871-1 du Code la Sécurité sociale).

Il en va de même des **franchises** de 0,50 € pour chaque boîte de médicaments.

Les remboursements proposés au titre de la complémentaire santé peuvent également être exprimés en pourcentage du **plafond mensuel de la Sécurité sociale** (PMSS) qui est fixé réglementairement. En 2014, il s'élève à 3129 €.

En tout état de cause, l'ensemble des remboursements perçus par l'assuré (Sécurité sociale + complémentaire santé) ne peut pas excéder les frais qu'il a réellement engagés (article 9 de la loi Evin du 31 décembre 1989 précitée).

I.2 Savoir calculer le montant d'une prestation

Exemple : une couronne dentaire peut être facturée en moyenne, selon le dentiste et la région dans laquelle il exerce, entre 480 et 650 €⁶.

La base de remboursement d'une couronne (information disponible sur le site www.ameli.fr) est de 107,50 €, l'assurance maladie remboursant 70% de ce montant, soit 75,25 €.

Pour que le salarié soit intégralement remboursé des frais qu'il a engagés, de 600 € par exemple, il faudrait donc que la complémentaire santé lui rembourse 524,75 €, soit 488% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Après remboursement par l'assurance maladie, paiement des franchises et participation forfaitaire par l'assuré, il reste le ticket modérateur et l'éventuel dépassement. C'est sur ces 2 derniers éléments du prix qu'intervient la complémentaire, déterminant ainsi l'éventuel reste à charge pour l'assuré. Il est apparu nécessaire à la collectivité de maîtriser ces éléments du prix afin de maîtriser la dépense de santé et de rendre plus pertinente l'intervention des complémentaires santé. C'est pourquoi, le législateur a défini les règles dites du « contrat responsable et solidaire » qui encadre en partie le niveau de prise en charge de certains actes.

I.3 Le contrat responsable et solidaire : définition

Pour bénéficier du régime social et fiscal avantageux défini dans la partie III.3 (page 24), Le contrat complémentaire santé doit, en plus d'être collectif et obligatoire, respecter les règles du contrat solidaire et responsable définies par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale :

⁶ Source : plateforme Equasanté 2011

- Le contrat est dit solidaire lorsqu'il ne prévoit pas de questionnaire médical, et lorsque les tarifs ne sont pas fixés en fonction de l'état de santé des personnes couvertes : pas de sélection des risques.
- Le contrat est dit responsable lorsqu'il respecte un cahier des charges qui encadre certaines modalités de prise en charge.

Ainsi, les contrats responsables prévoient des obligations et des interdictions de prise en charge.

Les contrats responsables doivent rembourser au moins (taux plancher) :

- 30% de la base remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour la consultation du médecin traitant et du médecin correspondant
- 30% des médicaments à vignette blanche c'est-à-dire remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire
- 35% du tarif servant de base aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire pour les analyses et actes de laboratoire.
- 100% du ticket modérateur de deux prestations de prévention⁷

Les contrats responsables ont l'interdiction de rembourser :

- La partie correspondant à la baisse de remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour le non-respect du parcours de soins.
- Un forfait plafonné à 8€ (règle générale) sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés.
- Le forfait d'1 € et franchises des consultations, 0,50 € par boîte de médicaments, et d'actes paramédicaux (sauf en cas d'hospitalisation), ainsi que les 2€ pour le recours au transport sanitaire (sauf urgence).

Le contrat responsable est un levier pour améliorer la gestion du risque maladie et la prise en charge des assurés. Il contraint certaines pratiques, énoncées ci-dessus, et laisse un large champ d'intervention dont il convient de se saisir pour construire des garanties de qualité.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014⁸ prévoit un renforcement des règles du contrat responsable. Un décret en Conseil d'Etat va déterminer, d'ici au 1er janvier 2015, date à laquelle entreront en vigueur ces nouvelles dispositions, les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires sur les consultations et actes des médecins, mais également sur les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie, ainsi que sur l'optique. Il pourra s'agir, selon les cas, de niveaux minimaux de prise en charge, ou de plafonds de prise en charge.

La CFDT propose de renforcer les contraintes du contrat responsable qui conditionnent le droit aux exonérations sociales et fiscales par une cotisation proportionnelle au salaire. En effet, quand la cotisation est forfaitaire, comme c'est souvent le cas, le coût de la complémentaire rapporté au salaire diminue quand la tranche d'imposition augmente !

⁷ Choisis dans la liste établie par le ministère de la santé, en application de l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

⁸ Loi promulguée le 23 décembre 2013, n° 2013-1203, article 56

I.4 Eviter l'écueil des frais réels en matière de dépassements d'honoraires

Les taux minimum de prise en charge imposés pour les contrats responsables sont des taux plancher, il est donc possible et souhaitable d'aller au-delà afin d'améliorer le remboursement des dépenses.

Pour la CFDT une complémentaire santé de qualité n'est pas une complémentaire qui couvre à 100% ou « aux frais réels » toutes les dépenses engagées. Il convient de proscrire les remboursements aux frais réels, qui solvabilisent les dépassements d'honoraires, et incitent les professionnels de santé à les pratiquer ou à les poursuivre. Cela renchérit les dépenses de santé à mutualiser dans les entreprises et donc le coût du contrat et ne contribue pas à maîtriser, de manière plus globale, les dépenses de santé. En effet, certains professionnels de santé adaptent le prix de leurs consultations en fonction des remboursements auxquels peuvent prétendre leurs patients.

Le contrat responsable interdit de prendre en charge les dépassements d'honoraires lorsque le parcours de soins n'est pas respecté.

Pour la CFDT, les dépassements d'honoraires doivent être mieux encadrés y compris lorsque le parcours de soins est respecté. Il ne s'agit pas d'interdire la prise en charge des dépassements purement et simplement car dans certaines régions et pour certaines spécialités médicales ils peuvent concerner un très grand nombre de patients, qui n'ont pas d'autre choix. De plus, cela ne les empêchera pas d'exister, y compris à des niveaux élevés, mais il faut combattre les dépenses inflationnistes et réguler le reste à charge pour les patients. Pour encadrer les dépassements d'honoraires, la CFDT préconise de privilégier dans les remboursements les consultations de médecins conventionnés secteur 1 (c'est-à-dire qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires) et des médecins conventionnés secteur 2 qui ont souscrit à l' « option de coordination » ou au « contrat d'accès aux soins ».

I.5 Les dépenses faiblement prises en charge par la Sécurité sociale

La plupart des postes de dépenses sont remboursés pour une large part par l'assurance maladie obligatoire, la prise en charge par les complémentaires santé est alors relativement standardisée.

Sur les postes de dépense les moins bien pris en charge par l'AMO, en particulier l'appareillage, notamment optique, dentaire, auditif, la prise en charge relève essentiellement de la complémentaire santé. Nous avons donc une responsabilité particulière lors de l'élaboration de ces garanties afin de ne pas laisser déraiser les tarifs et les remboursements de ces produits à prix libres.

De la même manière que pour les dépassements d'honoraires, la CFDT exclut la prise en charge aux frais réels.

En gardant à l'esprit l'objectif de maîtrise des dépenses, la définition précise de la prise en charge relève de l'appréciation des négociateurs.

S'agissant de l'optique, par exemple, il peut être envisagé de limiter la prise en charge des montures, de limiter le changement de monture dans le temps (par exemple tous les deux ans seulement) surtout si les corrections visuelles n'évoluent pas, comme c'est le cas pour les garanties appareillage de la CMU-C⁹. Il est également souhaitable de dissocier le remboursement des montures de celui des verres, mais également de rembourser différemment les verres selon la correction, puisque plus celle-ci est importante, plus le verre coûte cher.

à Exemple : grille optique de la CCN de la promotion immobilière

Unifocaux/ multifocaux	Avec/sans cylindre	Sphère	Remboursement (en % du PMSS par verre)
Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans)			
Unifocaux	Sphérique	de - 6 à + 6	4,5
		de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	5,0
		< à - 10 ou > à + 10	7,0
	Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	5,0
		< à - 6 et à + 6	7,5
	Cylindre > à 4	de - 6 à + 6	5,0
		< à - 6 et à + 6	7,5
Multifocaux	Sphérique	de - 4 à + 4	6,0
		< à - 4 ou > à + 4	7,0
	Tout cylindre	de - 8 à + 8	7,5
		< à - 8 ou > à + 8	7,5

Enfin, il existe des frais de santé non remboursés par l'AMO mais pour lesquels une prise en charge par la complémentaire est possible (par exemple : les produits d'automédication, certains vaccins spécifiques, chambre particulière...).

I.6 Recourir aux réseaux de soins

Les opérateurs d'assurance s'orientent progressivement vers la constitution de **réseaux de soins**. Les opérateurs contractent avec des professionnels de santé, souvent les opticiens et les dentistes, en vue de faire bénéficier de tarifs avantageux leurs assurés qui choisissent de recourir à ces réseaux.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), la Cour des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances se sont prononcés en faveur des réseaux de soins, qui permettent de réguler les dépenses de santé, d'agir sur les restes à charge, et donc sur l'accès aux soins. En 2009, l'Autorité de la concurrence a par ailleurs établi que les réseaux de soins ne remettent pas en cause le libre choix du patient de son professionnel de santé.

⁹ Pour information, même si elles ne sont pas nécessairement une référence, les garanties CMU-C sur l'appareillage sont les suivantes :

- Optique : 1 paire/an ; Remboursement distinct selon correction des verres (simple ou complexe). Assortie de l'obligation pour opticiens de proposer monture dans la gamme de prix remboursée par l'AMO (22,90€) ;
- Dentaire : pour couronnes et prothèses, obligation pour le dentiste de faire un devis ;
- Appareils auditifs : selon l'âge, 1 appareil maxi sur 2 ans (pour les moins de 20ans) ; 2 appareils sur 2 ans avec remboursements plus faible pour le 2^{ème} (pour les + de 20ans).

Les réseaux de soins sont dits « ouverts » ou « fermés ». Les premiers accueillent indifféremment tous les professionnels de santé qui souhaitent y adhérer, sous réserve de remplir le cahier des charges fixé par les organismes complémentaires (respect d'une certaine modération tarifaire, qualité des prestations, services rendus aux patients notamment le tiers-payant). Dans les seconds, le nombre des professionnels de santé membres est limité sur une zone géographique délimitée par l'organisme complémentaire.

A l'heure actuelle, rien n'interdit aux institutions de prévoyance et aux entreprises d'assurance de mieux rembourser leurs assurés lorsque ceux-ci consultent des professionnels de santé appartenant au réseau de soins. En revanche, les mutuelles ne disposent pas de cette possibilité. A la suite de plusieurs contentieux, 2 lois avaient rétabli l'égalité entre les organismes assureurs complémentaires, mais elles ont été censurées par le Conseil Constitutionnel.

Une nouvelle proposition de loi, déposée par le député Bruno Leroux, a été votée en première lecture au mois de juillet 2013. Elle reconnaît aux mutuelles, aux institutions de prévoyance comme aux sociétés d'assurance la possibilité de constituer des réseaux de soins, et de différencier la prise en charge des actes et consultations selon que l'assuré a eu recours ou non à un professionnel du réseau.

Cependant, deux dispositions intégrées par amendements en atténuent la portée :

- la modulation ne peut pas concerner les professions de santé pour lesquelles la prise en charge par l'Assurance maladie est majoritaire. Seules les tarifs pratiqués par les dentistes, les opticiens et les audioprothésistes peuvent donc être différenciés ;
- il est interdit aux organismes d'assurance de limiter le nombre de places disponibles au sein des réseaux, excepté pour les opticiens.

La CFDT est favorable à ce type de réseaux qui contribuent à réguler les prix des biens médicaux et donc la dépense de santé et la cotisation des salariés pour se couvrir. Le cahier des charges élaboré par les négociateurs devra aborder le sujet des réseaux de soins en demandant aux organismes assureurs s'ils en ont, pour quelles prestations, leur implantation nationale, leurs conditions de fonctionnement, de prise en charge, de remboursement.

I.7 Aller plus loin sur la prévention

Il apparaît que l'obligation de prendre en charge 2 actions de prévention minimum, prévue par l'arrêté du 8 juin 2006 dans le cadre du contrat responsable, est respectée aujourd'hui dans les contrats.

Toutefois, le contrat collectif est une opportunité pour introduire des actions de prévention d'une part plus nombreuses, d'autre part davantage en lien avec les réalités, les risques professionnels que connaissent les salariés de l'entreprise ou du champ d'activité.

Pour la CFDT, la prévention est un levier important de maintien du salarié dans l'emploi, de santé publique et de recul de la perte d'autonomie. Les conditions de travail et les risques sont différents que l'on soit pour exemple terrassier dans le bâtiment ou secrétaire. Les actions de prévention auxquelles les organismes de complémentaire santé participent doivent coller à cette réalité. **Des objectifs de santé publique plus ambitieux doivent aussi être introduits. La CFDT soutient l'objectif de la participation financière des organismes de complémentaire santé aux programmes de pratique d'un sport ou d'activité physique. Le cahier des charges doit questionner les gestionnaires candidats quant au mode de financement de la prévention par les excédents du régime ou une part de la cotisation.**

I.8 Garantir aux salariés des prestations d'action sociale

Les institutions de prévoyance (IP), en application de l'article L. 931-1 du code de la Sécurité sociale et les mutuelles, en application de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, peuvent mettre en œuvre une action sociale au profit de leurs membres participants, c'est-à-dire des personnes qui sont assurées chez elles. Le principe est qu'au-delà des prestations qui sont versées en contrepartie de la cotisation en application du contrat d'assurance, l'organisme peut accorder des aides ponctuelles aux personnes assurées chez lui, lorsqu'elles doivent faire face à un événement (décès, perte d'emploi, hospitalisation) qui impacte significativement leur situation financière. L'aide peut être financière (remises gracieuses de cotisations ou prise en charge complémentaire de frais de santé) mais également consister à mettre à disposition des personnes chargées d'aider l'assuré en difficultés (portage de repas, aide ménagère, aide aux devoirs...).

Lors de l'élaboration du cahier des charges destiné à évaluer les offres que peuvent vous proposer les organismes assureurs, il est important de prévoir que ceux-ci vous indiquent selon quelles modalités les salariés et leurs ayants-droit pourraient bénéficier de l'action sociale de l'organisme. Qui décide de l'attribution des aides ? Quelles formes peuvent prendre ces aides ? Y a-t-il des plafonds de ressources pour en bénéficier ?

Il peut même être envisagé d'instaurer des prestations d'action sociale qui soient propres au régime de branche que vous instaurez, et qu'il reviendra aux partenaires sociaux de piloter. Dans ce cas, la nature et le montant des aides, les conditions d'attribution sont à la discrétion des négociateurs.

II. Les personnes concernées par le régime

II.1 Les salariés

Les garanties complémentaire santé instituées par la branche ou l'entreprise doivent revêtir un caractère collectif, c'est-à-dire bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel salarié ou à une ou plusieurs des catégories objectives de salariés.

Le décret 2012-25 du 9 janvier 2012 et les circulaires DSS/5B n°2009/32 du 30 janvier 2009 et n° 2013/344 du 25 septembre 2013 relatives «aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire » abordent, de façon complète, la dimension des catégories objectives qui permet, sous certaines conditions, d'appliquer l'accord à une partie des salariés seulement.

a. Les critères interdits pour définir les bénéficiaires

Pour que le régime soit collectif, l'affiliation des salariés, donc l'accès aux garanties, ne peut reposer sur des critères relatifs à :

- La durée du travail (temps plein, temps partiel)
- La nature du contrat (contrat à durée indéterminée, déterminée, contrat d'apprenti, contrat de travailleur intermittent)
- L'âge du salarié (l'accès aux garanties ne peut être différencié selon l'âge)
- L'ancienneté. Néanmoins, une condition d'ancienneté dans la branche ou dans l'entreprise pour rejoindre le régime peut être prévue si elle n'excède pas 6 mois (12 mois pour la prévoyance).

La CFDT adhère à ces exigences. Toutefois, l'introduction d'une condition d'ancienneté dans l'entreprise pour bénéficier du régime exclut de fait les contrats de travail les plus courts et donc possiblement des salariés précaires. Il est donc préférable d'envisager cette question sous l'angle des dispenses d'affiliation possibles au régime. Dans ce cas, en effet, c'est le salarié qui choisit de s'affilier ou non.

Requérir une ancienneté minimale dans la branche professionnelle plutôt que dans l'entreprise peut constituer un compromis intéressant.

b. Les catégories objectives : définition

Constituent des catégories objectives de salariés, celles retenues dans le droit du travail : ouvriers, employés, agents de maîtrise, ingénieurs et cadres (les cadres dits « intégrés à un horaire collectif » cadres dits « intermédiaires »), ainsi que les cadres dirigeants¹⁰. La Cour de Cassation a, à de nombreuses reprises, été saisie du sujet. Elle a eu tendance à durcir la possibilité de distinguer cadres et non-cadres, en particulier s'agissant des garanties frais de santé. Le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 a pris en compte cette jurisprudence. Il prévoit que les garanties santé doivent être identiques pour tous les salariés, à moins que l'employeur puisse démontrer que des conditions de travail différentes justifient objectivement des différences de traitement (article R.242-1-2 4° du code de la Sécurité Sociale : « Dans tous les [...] cas où les garanties ne couvrent pas l'ensemble des salariés de l'entreprise, l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégories établies à partir des critères objectifs mentionnés à l'article R.242-1-1 permettent de couvrir tous les

¹⁰ Article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale.

salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées ».

Dans l'objectif de couvrir le maximum de salariés, la CFDT préconise de ne pas s'engager dans ce type de distinction et de négocier des contrats qui couvrent tous les salariés de la même manière.

En effet, comme indiqué précédemment, les garanties santé sont des remboursements forfaitaires. Un médecin facture les mêmes honoraires à tous ses patients, sans considération de leur catégorie socioprofessionnelle. Par conséquent, il est logique que tous les salariés d'une même branche ou d'une même entreprise obtiennent les mêmes remboursements lorsqu'ils consultent un professionnel de santé.

Attention : certains organismes d'assurance peuvent vous proposer de fixer un **décal de carence** pour l'accès à certaines garanties coûteuses, en particulier l'optique et le dentaire. Dans ce cas, il faut avoir cotisé pendant une période déterminée avant de pouvoir prétendre à des remboursements sur ces postes de dépenses. **Pour la CFDT, il faut systématiquement refuser cette logique, qui revient à considérer le salarié comme un consommateur de soins et non pas comme un malade.**

c. Les possibilités de dispense d'affiliation

Par principe, nous l'avons vu, l'ensemble des salariés de la branche ou de l'entreprise doivent obligatoirement être affiliés au régime. Il est interdit d'exclure du dispositif certains salariés pour des raisons non objectives. Cependant, il est possible de prévoir que certains salariés puissent temporairement choisir de ne pas bénéficier du régime. Cela signifie qu'ils ont la possibilité d'en bénéficier, sauf s'ils ne le souhaitent pas.

Sont déclinées ici les principales situations ouvrant une possibilité de dispense d'affiliation du salarié (tous les cas sont explicités dans les circulaires DSS/5B n°2009/32 du 30 janvier 2009 et n°2013/344 du 25 septembre 2013).

Même si les dispenses d'affiliation sont réglementairement énumérées, elles doivent impérativement être listées dans l'accord de branche ou d'entreprise pour s'appliquer.

- **Les salariés bénéficiant déjà d'une couverture à titre facultatif**

Les bénéficiaires de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) ou de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire (CMU-C) salariés d'une entreprise couverte par un régime de complémentaire santé peuvent être dispensés d'affiliation à ce régime aussi longtemps qu'ils ouvrent droit à l'ACS ou à la CMU-C¹¹. Il revient au salarié de déterminer lequel des deux contrats est le plus intéressant pour lui en termes de garanties et de coût, soit le contrat individuel financé en partie par l'ACS ou le contrat collectif financé en partie par l'employeur.

L'accord collectif doit prévoir cette dérogation pour qu'elle soit possible pour les salariés concernés.

A noter : il n'est pas possible de payer la cotisation au contrat collectif obligatoire avec l'ACS.

¹¹ Article R.242-1-6 3° du code de la Sécurité sociale (nouvelle version décret + circulaire)

Les salariés qui, **au moment de la mise en place du régime**, sont déjà couverts par une complémentaire santé individuelle peuvent être dispensés d'affiliation jusqu'à échéance de leur contrat, ils doivent ensuite rejoindre le régime. Il faut fournir un justificatif de cette situation à l'employeur.

Il en va de même pour les salariés embauchés après la mise en place du régime.

Cette dérogation peut également être ouverte aux **salariés en CDD et aux travailleurs saisonniers** dont le contrat est d'une durée égale ou supérieure à 12 mois : s'ils sont déjà couverts individuellement, ils peuvent être dispensés d'affiliation **si l'accord de branche ou d'entreprise prévoit cette possibilité**. Cette dispense doit être demandée par écrit avec justificatif.

Les salariés dont le contrat de travail est d'une durée inférieure à 12 mois peuvent systématiquement être dispensés d'affiliation, même s'ils n'ont pas souscrit de contrat individuel.

Il est préférable de ne pas ouvrir la possibilité de dispense concernant les CDD de 12 mois et plus. En effet, une durée de 12 mois est conséquente, les salariés concernés doivent donc participer à la mutualisation du régime. Il conviendra de prendre garde à ce que les opérateurs d'assurance acceptent la résiliation des contrats individuels, afin que les salariés ne soient pas contraints de s'acquitter de 2 cotisations. En fonction des réalités de la branche, la dispense d'affiliation pourra être envisagée pour les salariés en CDD pour 1 an et plus, par exemple s'il est fréquent pour les salariés d'avoir plusieurs employeurs simultanément.

- ***Les salariés bénéficiant déjà d'une couverture obligatoire***

Les salariés couverts à titre obligatoire par l'intermédiaire de leur conjoint peuvent être dispensés d'affiliation au régime de branche ou d'entreprise.

Dans le cas des couples de salariés travaillant dans la même entreprise, il peut être prévu que l'un cotise en qualité d'ouvrant-droit et l'autre en qualité d'ayant droit, afin d'éviter qu'ils soient contraints de cotiser 2 fois.

Les salariés à employeurs multiples bénéficiant déjà d'une complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi peuvent choisir de ne pas s'affilier. Dans ce cas, il faut informer l'employeur avec un justificatif de la couverture souscrite par ailleurs.

L'accord collectif doit prévoir cette dérogation pour qu'elle soit possible pour les salariés concernés

- ***Le cas des salariés à temps partiel et des apprentis***

Les salariés à temps partiel et les apprentis sont en principe tenus de rejoindre le régime. Mais lorsque leur cotisation représente 10% ou plus de leur rémunération, ils peuvent être dispensés d'affiliation.

Afin de limiter le poids de la cotisation sans évincer de fait les salariés, il peut également être prévu (sans que cela ne contrevienne à l'uniformité de la cotisation) que l'employeur prenne en charge intégralement la cotisation des salariés concernés.

L'accord collectif doit prévoir cette dérogation pour qu'elle soit possible pour les salariés concernés

Pour la CFDT, il est préférable que les salariés à temps très partiel et les apprentis soient affiliés au régime. Afin de tenir compte de leur capacité contributive, il faut tenter d'obtenir des employeurs qu'ils prennent en charge leur cotisation. Une attention particulière doit néanmoins être portée aux apprentis, puisque ceux-ci peuvent être mineurs, et par conséquent être affiliés en qualité d'ayants droit sur la complémentaire santé de leurs parents.

Plus généralement, pour répondre à la question du poids de la cotisation sur les salariés, la CFDT préconise que les cotisations soient calculées proportionnellement au salaire, de cette manière chacun contribue à hauteur de ses capacités (voir partie III « le financement »)

d. Les droits non contributifs : éviter les situations de rupture de protection

Durant leur vie professionnelle, les salariés peuvent connaître des périodes d'inactivité, non rémunérées. L'inactivité peut résulter d'un choix lié à un événement personnel (maternité) ou de choix professionnels, mais également être subie (maladie, accident). Il convient d'envisager, dans ces différentes situations, ce qu'il advient de la complémentaire santé du salarié.

Le salaire constitue la contrepartie de la prestation de travail réalisée par le salarié. Lorsque celui-ci est dans l'incapacité d'effectuer la prestation de travail en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident, il ne perçoit donc plus de salaire, mais peut obtenir un revenu de remplacement, constitué :

- de prestations de la Sécurité sociale (indemnités journalières, capital ou rente) en vertu de la solidarité nationale,
- éventuellement, de prestations complémentaires de la part d'un organisme assureur, en vertu d'un régime de prévoyance (cf. pages 7 et 8).

Dans ce cas, il doit souvent faire face à de nombreuses dépenses de santé, ce qui rend très précieux l'accès à une complémentaire santé.

Pour la CFDT, il est indispensable de prévoir que les salariés dont le contrat de travail est suspendu en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident, peuvent continuer à bénéficier de la complémentaire santé mise en place dans la branche ou dans l'entreprise.

La contribution de l'employeur au financement de la cotisation de ces salariés doit également être maintenue.

Deux options peuvent être envisagées s'agissant de la cotisation du salarié :

- elle peut être calculée sur la base de son revenu de remplacement (indemnités journalières, rente d'invalidité...) et non pas sur la base de son salaire habituel ;
- ou bien être prise en charge par la solidarité c'est-à-dire que pendant ces périodes, le salarié bénéficie du maintien des garanties santé sans contrepartie de cotisations.

Le choix de l'une ou l'autre option dépend notamment de la taille de la branche et du fait qu'un régime de prévoyance soit en vigueur dans la branche ou non.

Lorsque la suspension de son activité résulte d'un choix du salarié, il est tout aussi important de lui laisser la possibilité de conserver l'accès à la complémentaire santé.

Pour autant, la cotisation peut représenter un budget important, pour ces salariés qui n'ont plus de rémunération. Suivant la durée de l'interruption de l'activité, et son motif, il est possible d'opérer des distinctions.

Pour la CFDT, il faut essayer d'obtenir le maintien de la contribution de l'employeur au financement de la cotisation pour les salariés en congé parental et en congé formation.

Pour les salariés en congés sans solde et en congé sabbatique en revanche, la cotisation peut être laissée à leur charge dans sa totalité.

Pour la CFDT, le contrat collectif doit être un instrument permettant d'éviter les ruptures de protection des salariés, en prenant en charge dans la mesure du possible les périodes atypiques du parcours professionnel. Tout comme sur la prévention, le cahier des charges doit comporter des questions sur le financement du dispositif de droits non contributifs que les partenaires sociaux souhaitent mettre en place.

II.2 Les ayants-droit du salarié

La couverture des ayants droit par le régime (époux(se), concubin, partenaire de PACS, enfants, personnes à charges) peut être facultative ou obligatoire.

Cependant, si elle est facultative, la participation de l'employeur concernant les ayants droit n'est pas exonérée de cotisations sociales (sauf pour les couples travaillant dans la même entreprise).

Du fait de la généralisation de l'accès à une complémentaire santé, si la couverture du conjoint et/ou des enfants est rendue obligatoire, les cas de double affiliation de salariés et de leurs ayants droit, qui existent déjà à l'heure actuelle, risquent de se multiplier.

L'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et l'arrêté du 26 mars 2012¹² prévoient que les salariés qui ont déjà une complémentaire santé obligatoire par le biais du contrat collectif du conjoint, y compris conjoint fonctionnaire¹³, peuvent choisir de ne pas rejoindre leur propre régime. Ils doivent alors justifier chaque année leur obligation d'adhérer par ailleurs. Cette dérogation doit être prévue dans l'accord collectif pour être possible.

Pour la CFDT, compte tenu du développement de l'emploi féminin et au nom de l'autonomie des personnes, il n'est pas souhaitable de prévoir une couverture obligatoire du conjoint dans le régime. Celle-ci devrait plutôt être proposée de façon facultative, sous forme d'option. Une adhésion obligatoire entraînant une exonération de cotisations sociales, il convient de ne pas mutualiser des cas qui devraient relever d'autres formes de solidarité que le contrat collectif. En revanche, la couverture des enfants doit être obligatoire, afin qu'elle revienne moins cher au salarié, du fait de la mutualisation et de la contribution de l'employeur au financement.

¹² Arrêté relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires.

¹³ La protection sociale complémentaire du personnel de la fonction publique ne peut être que facultative, mais en raison de ses spécificités (prestations frais de santé et prévoyance non dissociables), les conjoints de fonctionnaires couverts peuvent choisir de ne pas adhérer à un régime obligatoire en propre. Cf. décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 concernant la fonction publique d'Etat et n°2011-1474 du 8 novembre 2011 concernant la fonction publique territoriale.

Par ailleurs, le taux ou montant de participation de l'employeur pour une couverture famille peut être différent de celui de la couverture pour le salarié seul (on trouve souvent la terminologie « isolée/famille »). On peut ainsi pousser l'idée d'une participation de l'employeur plus forte pour les cotisations famille, ce qui renforcerait la solidarité entre célibataires et familles.

Afin de pouvoir vérifier le caractère collectif et obligatoire de l'accord et, par conséquent son éligibilité aux avantages sociaux et fiscaux, l'employeur doit être en mesure, chaque année, de produire les demandes de dispense des salariés concernés.

II.3 Les anciens salariés

a) La portabilité des garanties santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi

La portabilité permet aux salariés dont le contrat de travail est rompu de continuer à bénéficier des garanties santé et prévoyance appliquées dans la branche ou l'entreprise, pendant leur période d'indemnisation chômage.

Ce dispositif a été créé par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 et son avenant n°3 du 18 mai 2009. La loi du 14 juin 2013 généralise son application à l'ensemble des branches professionnelles et à toutes les entreprises, et le codifie (article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale).

Toutes les formes de cessation du contrat de travail permettent de bénéficier de ce mécanisme, à l'exception du licenciement pour faute lourde :

- fin d'un contrat de travail à durée déterminée,
- licenciement,
- rupture conventionnelle,
- démission « pour un motif légitime » au sens des textes réglementant l'assurance chômage...

L'ancien salarié bénéficie du maintien de ses garanties santé et prévoyance si et seulement si il perçoit des indemnités chômage.

Il n'y a pas de délai de carence : les garanties sont maintenues dès le lendemain de la fin du contrat de travail, et pendant toute la durée de l'indemnisation par Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois (contre 9 mois maximum avant la conclusion de l'ANI du 11 janvier 2013 et la loi du 14 juin 2013). Cela signifie que les salariés qui étaient en CDD bénéficient du maintien des garanties pour une durée équivalente à celle de leur contrat, comptabilisée en mois, et arrondie au nombre supérieur.

Autre condition requise : les « *droits à remboursements complémentaires* » doivent avoir été ouverts chez l'employeur avant la cessation du contrat de travail. Il faut entendre par là que le salarié doit avoir rempli les conditions pour bénéficier des garanties, notamment en termes d'ancienneté, et non pas avoir effectivement perçu des prestations. **Il s'agit donc d'une raison supplémentaire de prêter la plus grande attention à la définition des conditions d'accès aux régimes, en particulier l'ancienneté requise, et les possibilités de dispense d'affiliation.**

Jusqu'à la promulgation de la loi du 14 juin 2013, il existait deux formes de financement de la portabilité :

- **le cofinancement** : après le départ du salarié, celui-ci devait continuer à payer sa part de cotisation, l'employeur faisant de même de son côté, soit chaque mois, soit en une seule fois, au moment de la rupture du contrat.
- **La mutualisation** : une part de la cotisation payée par l'ensemble des salariés et par l'employeur est consacrée au maintien de la couverture complémentaire santé et prévoyance aux anciens salariés de l'entreprise en situation de chômage.

Dans le cas du cofinancement, il était particulièrement difficile pour le salarié de déboursier 9 mois de cotisations d'un seul coup au départ de l'entreprise. Dès lors, de nombreux salariés renonçaient à ces droits. D'autre part, des entreprises n'informaient pas les salariés de leurs droits pour ne pas payer leur part de cotisation.

La loi du 14 juin 2013 prévoit que les garanties doivent être maintenues **à titre gratuit** aux anciens salariés en situation de chômage indemnisé. L'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale entre en vigueur au 1^{er} juin 2014 s'agissant des garanties santé, et au 1^{er} juin 2015 pour ce qui concerne la prévoyance (décès, invalidité, incapacité de travail).

Il convient donc de prévoir désormais la mutualisation du financement de la portabilité dès la mise en place de la complémentaire santé. Cela signifie que la cotisation intègre d'emblée le coût estimé de la portabilité de la couverture des salariés et de leurs ayants droit. Les accords existants doivent être mis en conformité dès que possible (mutualisation de la portabilité et prolongation des droits à 12 mois).

L'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale précise par ailleurs qu'il « *est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties [...] à la date de cessation du contrat de travail* ». Cela signifie que si les garanties santé couvraient toute la famille pendant la période d'activité du salarié, elles continuent à bénéficier à l'ensemble de la famille pendant la période de maintien au titre de la portabilité, et non pas seulement à l'ancien salarié. C'est la différence majeure avec l'article 4 de la loi Evin. En revanche, si l'ancien salarié a par exemple un nouvel enfant pendant cette période, l'organisme assureur n'est pas tenu, en principe, de le faire bénéficier des garanties, puisqu'il n'était pas « *effectivement* » couvert par le régime au moment de la rupture du contrat.

Enfin, l'ancien salarié et ses ayants droit doivent bénéficier des garanties « *en vigueur dans l'entreprise* ». Les modifications apportées aux régimes de prévoyance et de santé pendant la durée de la portabilité doivent donc leur être appliquées immédiatement.

b) L'article 4 de la loi Evin

Au-delà des dispositions concernant la « portabilité », qui organisent le maintien temporaire des garanties de prévoyance et de santé issues de l'accord collectif, l'article 4 de la loi Evin prévoit un cadre protecteur, en matière de garanties frais de santé :

- pour le salarié qui sort de l'entreprise et subit une rupture de son contrat de travail, sans limitation de durée, d'une part ;
- pour les ayants droit d'un salarié décédé, pendant 12 mois, d'autre part.

Le contrat ou la convention d'assurance liant l'employeur doit prévoir « *sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux* » le maintien de la couverture maladie complémentaire santé dont le salarié et/ou ses ayants droit bénéficiaient avant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié, dans le cadre d'un accord collectif.

Ce maintien de garanties vise à la fois les retraités les bénéficiaires d'une pension d'incapacité ou d'invalidité et les chômeurs indemnisés.

Dans ce cadre, les mêmes garanties que les salariés actifs doivent être proposées à l'adhésion facultative des intéressés, dans des conditions tarifaires qui sont encadrées, puisqu'elles ne peuvent excéder de 50% les tarifs globaux applicables aux salariés actifs (donc participation patronale comprise).

Exemple : si la cotisation des salariés actifs est fixée à 40 € par mois, et prise en charge à 50 % par l'employeur (20 € donc), la cotisation des anciens salariés et ayants droit d'un salarié décédé ne pourra pas excéder 150 % de la cotisation globale, soit 60 € par mois.

L'obligation de proposer ce dispositif pèse sur l'organisme assureur. Il répond à l'objectif d'éviter que le changement de statut du bénéficiaire d'un contrat collectif ne le conduise à subir, au moment de la retraite notamment, une sélection des risques et une hausse non encadrée des tarifs, en plus de la perte de l'avantage lié à la participation financière de leur employeur pour le calcul des cotisations dues.

L'ancien salarié doit en faire la demande dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail et/ou au terme de la période de maintien des garanties au titre de la « portabilité ».

Les ayants droit doivent en faire la demande dans les six mois suivant le décès du salarié.

Même si ces dispositions sont relativement anciennes (1989), leur portée n'est toujours pas d'une application simple et incontestable. En pratique, si la jurisprudence a établi que les garanties doivent être exactement identiques à celles des actifs participant au contrat collectif, et qu'elles concernent uniquement l'ancien salarié, et plus ses ayants droit (hormis le cas particulier du maintien pendant un an si le salarié décède bien entendu), quelques incertitudes subsistent quant au calcul de la cotisation : les 150% s'appliquent-ils, sans limitation de durée, quel que soit l'âge ou l'état de santé ? Comment faut-il déterminer les 150 % de la cotisation, si celle-ci concerne le couple ou la famille dans le cas des salariés actifs, tandis qu'elle ne pourra concerner que l'ancien salarié dans le cadre du maintien ?

Bien souvent, les organismes assureurs proposent des contrats dans lesquels ils fixent tout de suite la cotisation au maximum, afin de dissuader les anciens salariés de rester affiliés chez eux. Au moment du départ à la retraite d'un salarié par exemple, la cotisation ainsi fixée à 150 % ne correspond pas au risque réel que représente l'état de santé du jeune retraité. Cependant, étant donné que celui-ci peut rester affilié sur le même contrat jusqu'à son décès, sans que la cotisation puisse augmenter, l'organisme assureur n'a aucun intérêt à le « conserver » en tant que souscripteur.

C'est la raison pour laquelle, même si cette obligation repose sur l'organisme assureur, il est préférable d'anticiper les modalités de sortie du contrat collectif dans les différents cas énumérés par l'article 4 de la loi Evin, au sein de l'accord collectif de branche.

Pour la CFDT, il est impératif que les négociateurs veillent à ce que l'accord collectif fixe les contours du régime d'accueil proposé aux anciens salariés et aux ayants droit des salariés décédés, ainsi que son évolution dans le temps.

III. Le financement du régime

III.1 La répartition du financement entre employeur et salariés

Dans les textes, il est uniquement prévu que la participation de l'employeur doit être « significative »¹⁴.

A l'heure actuelle, les employeurs participent au financement de la cotisation complémentaire santé, en moyenne, à hauteur de 60%. On observe une grande disparité dans les choix de répartition employeur/salarié parfois inférieure, parfois supérieure à ce taux moyen jusqu'au financement total par l'employeur.

La loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi prévoit que « l'employeur assure au minimum la moitié du financement de [la] couverture ». Nous devons faire respecter cette disposition applicable à l'ensemble des salariés des branches et des entreprises.

Le niveau de participation de l'employeur est un élément important car il allège le poids de la cotisation pour le salarié, néanmoins il s'agit là d'un élément à considérer dans le cadre de l'ensemble du régime (au regard des garanties notamment).

III.2 Une cotisation à caractère forfaitaire ou proportionnelle ?

La grande majorité des régimes de complémentaire santé actuels prévoit des cotisations forfaitaires (contrairement à la prévoyance) c'est-à-dire d'un montant égal pour tous les salariés, ce qui est parfois justifié comme étant la « contrepartie » du caractère forfaitaire des garanties qui sont proposées.

Il existe également des cotisations proportionnelles au revenu, différentes selon les branches de salaire, ou encore une partie de la cotisation peut être forfaitaire et une partie calculée proportionnellement (« cotisation mixte »).

Ces différentes modalités sont autorisées par la réglementation¹⁵, dès lors que la cotisation est uniforme, c'est à dire calculée et cofinancée de la même manière pour tous les salariés (même montant et/ou taux et assiette).

La cotisation forfaitaire présente l'inconvénient de faire contribuer les salaires les plus faibles proportionnellement plus que les salaires les plus élevés. De plus, la cotisation du salarié se soustrait à son revenu imposable, ce qui est un avantage... uniquement pour les salariés imposables ! Pour les salariés non imposables, non seulement la cotisation pèse plus lourd sur le salaire (cotisation forfaitaire) mais, en plus, ils ne bénéficient pas de l'avantage fiscal.

C'est pourquoi, pour plus d'équité entre les salariés, la CFDT revendique une cotisation proportionnelle à la totalité du salaire. Si cette négociation n'est pas possible, il faudrait arriver à formuler la plus grande partie possible de la cotisation en pourcentage du salaire (taux croissants de contribution par tranche de la Sécurité sociale par exemple).

¹⁴ Par « interprétation URSSAF », le taux minimum admis se situe autour de 15% pour ne pas remettre en cause le régime fiscal avantageux des contrats collectifs.

¹⁵ Circulaire DSS/5B n°2009/32 du 30 janvier 2009 précitée.

III.3 Les exonérations sociales et fiscales

En principe, toutes les sommes versées par l'employeur à un salarié en contrepartie ou à l'occasion du travail sont soumises à cotisations de Sécurité sociale. Par exception, les contributions versées par les employeurs à un organisme assureur pour financer des garanties prévoyance et frais de santé aux salariés ne sont pas comptabilisées dans les rémunérations soumises à cotisations sociales. De la même façon, les cotisations qui sont prélevées sur le salaire du salarié pour financer ces garanties sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale¹⁶.

Comme nous l'avons vu, ce dispositif favorable ne s'applique qu'aux régimes de protection sociale revêtant un caractère collectif et obligatoire, et respectant le cahier des charges du contrat solidaire et responsable (au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale) s'agissant des garanties frais de santé.

Les contributions des employeurs au financement de prestations de prévoyance complémentaire, qui remplissent les conditions définies dans la circulaire DSS/5B n°2009/32 du 30 janvier 2009, sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque salarié, si et seulement si elles n'excèdent pas un montant égal à la somme de :

- 6 % du plafond annuel de la sécurité sociale (2 252,9 € en 2014) ;
- et 1,5 % de la rémunération brute du salarié.

Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12 % du plafond annuel de la sécurité sociale (4 505,8 € en 2014).

Au plan fiscal, les sommes versées par le salarié pour financer les garanties prévoyance et santé sont déductibles de l'impôt sur le revenu, si elles n'excèdent pas un certain montant¹⁷.

Les cotisations ne doivent pas excéder 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) + 2 % de la rémunération annuelle brute du salarié, sans que le total obtenu excède lui-même 2 % de 8 fois le PASS.

Le plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) est fixé tous les ans par décret. En 2014, il s'élève à 37 548 €.

Exemple pour un salarié travaillant 35 heures par semaine, et payé au SMIC :

Le SMIC brut mensuel est fixé à 1 445,38 € pour l'année 2014, soit 17 344,56 € sur l'année.

5 % du PASS (5% x 37 548 € = 1877,40 €) + 2 % du SMIC annuel brut (2% x 17 344, 56 € = 346,89 €) = 2 224,29 €

Les cotisations versées par le salarié pour financer ses garanties prévoyance et santé sont déductibles de son impôt sur le revenu si elles n'excèdent pas 2 224,29 € sur l'année.

Exemple pour un cadre rémunéré à hauteur de 220 000 € bruts par an :

5 % du PASS (5% x 37 548 € = 1877,40 €) + 2 % du salaire annuel brut (2% x 220 000 € = 4 400 €) = 6 277,40 €.

Cette somme dépasse la limite de 2 % de 8 fois le PASS, soit 6 007,68 € pour 2014.

¹⁶ En application de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale

¹⁷ En application de l'article 83 du code général des impôts, 1° quater

Par conséquent, les cotisations versées par ce salarié pour financer ses garanties prévoyance et santé ne sont déductibles de son impôt sur le revenu que dans la limite de 6 007,68 €.

Jusqu'à présent, les cotisations versées par l'employeur pour financer ces garanties prévoyance et santé étaient également déductibles de l'impôt sur le revenu pour le salarié. La loi de finances pour 2014¹⁸ est revenue sur ce principe. Les cotisations à la charge de l'employeur qui concernent les garanties frais de santé font désormais partie de la rémunération du salarié qui est prise en compte pour la détermination des bases d'imposition sur le revenu¹⁹. Cette disposition s'applique de façon rétroactive : elle concernera dès 2014 l'impôt sur le revenu dû au titre de l'année 2013.

¹⁸ Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013, article 4

¹⁹ Article 83 du code général des impôts, 1° quater, précité

IV. Les modalités de choix de l'organisme assureur

IV.1 La distinction entre mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurances

On distingue 3 grands types d'organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ou, on parle aussi de 3 « familles » d'assureurs :

- Les institutions de prévoyance (IP) sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants, c'est-à-dire les entreprises et les salariés. Les IP sont régies par le code de la Sécurité sociale (livre IX).
- Les mutuelles sont des descendantes directes des sociétés de secours mutuel et des corporations qui existent depuis l'Ancien Régime. Elles fonctionnent sur une base démocratique (principe « un homme, une voix »), elles sont régies par le code de la mutualité (livre II).
- Les entreprises d'assurance sont principalement créées sous la forme de sociétés anonymes et relèvent donc de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales (avec des actionnaires). Elles sont régies par le code des assurances.

Il existe, par ailleurs, des mutuelles d'assurance qui sont des structures hybrides, relevant du code des assurances mais avec certains principes de fonctionnement qui régissent les mutuelles (non lucrativité notamment).

De nombreux organismes fusionnent à l'heure actuelle, et constituent des groupes de protection sociale, qui peuvent chapeauter des structures issues des différentes familles. Dès lors, il peut être difficile de comprendre qui sera exactement votre interlocuteur.

IV.2 Les degrés de contraintes fixés aux entreprises

L'année 2013 a été riche en péripéties quant aux possibilités de choix des organismes assureurs dans les accords de branche. Les deux décisions du Conseil Constitutionnel du 13 juin et du 19 décembre 2013 ont des conséquences majeures sur les régimes de protection sociale complémentaire dont bénéficient les salariés et leurs ayants droit : il n'est désormais plus possible de désigner des organismes assureurs dans les branches afin que les entreprises soient contraintes de verser les cotisations prévoyance et complémentaire santé à un ou plusieurs gestionnaires retenus par les partenaires sociaux. Le Conseil Constitutionnel a jugé que les clauses de désignation portent une atteinte trop importante à la liberté de choix des entreprises. Il a par conséquent censuré l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale.

Suite à la décision du 13 juin, le gouvernement a réintroduit un article L. 912-1 dans le code de la Sécurité sociale par le biais du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014²⁰, sous la forme d'une « recommandation renforcée ».

²⁰ Loi promulguée le 23 décembre 2013, n° 2013-1203, article 14

Les partenaires sociaux peuvent désormais recommander l'affiliation à un ou plusieurs organismes assureurs lorsqu'ils instaurent des garanties de protection sociale complémentaire. Dans ce cas, ces organismes :

- ne peuvent pas refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ de l'accord ;
- sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et tous les salariés.

Pour inciter les entreprises de la branche à rejoindre l'organisme assureur recommandé, le texte prévoyait également que les entreprises qui ne s'affilieraient pas auprès du ou des organisme(s) recommandé(s) seraient assujetties au forfait social²¹ au taux de 20 %, contre 8 % pour les autres. Pour les entreprises de moins de 10 salariés, le forfait social aurait été de 8 %, tandis que les entreprises qui auraient rejoint l'organisme assureur recommandé n'y auraient pas été soumises.

Ce sont ces dispositions relatives au forfait social que le Conseil Constitutionnel a censuré le 19 décembre 2013, au motif que ces écarts de taux sont trop importants, « *le législateur a institué des différences de traitement qui entraînent une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques* ». La mutualisation opérée au niveau d'une branche pour la gestion de garanties santé et prévoyance ne justifie une différence de traitement, selon le Conseil Constitutionnel, « *que dans une mesure réduite compte tenu de la limitation du champ de la solidarité ainsi défini* ».

La CFDT étudie à l'heure actuelle les possibilités de recours suite à cette décision, en particulier auprès de la Cour de Justice de l'Union Européenne, qui a jugé en 2011²² conforme au droit européen le fait que l'ensemble des entreprises d'une branche soit contraintes de s'affilier à un organisme assureur désigné par les partenaires sociaux, sans aucune possibilité de dispense.

Pour la CFDT, les partenaires sociaux qui négocient un accord de branche doivent recommander aux entreprises un ou plusieurs organismes assureurs, et mettre ceux-ci en concurrence, afin qu'ils se positionnent sur les demandes de la branche et présentent leurs offres.

Les cotisations de l'ensemble des entreprises affiliées à l'organisme recommandé alimenteront un même fonds²³, sur lequel seront prélevées l'ensemble des prestations des salariés, anciens salariés et ayants droit de ces entreprises.

Le fait qu'il n'y ait pas de contraintes qui pèsent sur les entreprises, comme dans le cas d'une désignation, peut ne pas inciter l'organisme assureur recommandé à proposer sa meilleure offre, puisqu'il ne connaît pas la proportion d'entreprises qui choisiront de s'affilier auprès de lui au moment de la mise en place du régime de branche, et il ne sait pas si les entreprises feront le choix de rester au fil des ans.

Néanmoins, il y a une solidarité entre les salariés qui n'est pas négligeable, puisqu'elle joue entre plusieurs entreprises d'une même branche.

Les normes instituées par la négociation de branche s'imposent aux entreprises et aux organismes assureurs. Au niveau de la branche, il peut donc être prévu l'application de

²¹ Articles L. 137-15 et -16 du code de la Sécurité sociale

²² Affaire C-437/09 AG2R Prévoyance contre Beaudout Père et Fils SARL, arrêt du 3 mars 2011

²³ Article L. 932-24-1 du code de la Sécurité sociale

prestations et de dispositifs de solidarité qui inciteront les entreprises à rejoindre l'un des assureurs recommandés pour maîtriser le coût de la protection santé de leurs salariés. La visibilité des partenaires sociaux sur le suivi du régime et sur le bilan annuel demeurera parcellaire puisqu'une partie des entreprises ne seront pas affiliées aux organismes recommandés. Le pilotage du régime sera plus difficile.

Cette solution restera toujours plus avantageuse pour les salariés que si chaque entreprise peut contracter totalement libre avec l'organisme assureur de son choix. Dans ce cas en effet, la solidarité entre les salariés va jouer à une échelle très réduite, et selon le profil sociologique des salariés, les prestations peuvent s'accroître régulièrement, jusqu'à déséquilibrer rapidement le contrat. La pyramide des âges, l'état de santé et le nombre de salariés par entreprise peuvent entraîner des coûts de mise en œuvre très différents selon les entreprises voire, dans des cas extrêmes, compromettre la mise en œuvre de la protection santé.

Comme nous l'avons vu précédemment en effet (pages 9-10), lorsque les salariés sont couverts collectivement et obligatoirement, en application de l'article 2 de la loi Evin, un assureur est tenu d'assurer tous les salariés d'une entreprise, il ne peut pas opérer de discrimination. Il est donc en droit de refuser à une entreprise de l'assurer. L'employeur qui ne parvient pas à conclure de contrat d'assurance n'est pas pour autant dispensé de faire bénéficier ses salariés des garanties santé instaurées par les partenaires sociaux au niveau de la branche. Les salariés pourront réclamer le versement des prestations, mais cela supposera d'engager une procédure judiciaire, ce qui n'est souhaitable ni pour l'employeur ni pour les salariés.

La mutualisation dans la forme que nous connaissons avant la censure du Conseil Constitutionnel pourra tout de même être organisée pour certaines prestations « *nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail* », en application du IV du nouvel article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale. Les modalités de cette mutualisation seront fixées par décret en Conseil d'Etat. Sans doute le mécanisme de la portabilité pourra-t-il être financé et géré sous cette forme.

IV.3 La procédure de mise en concurrence des opérateurs

Dans l'ANI du 11 janvier 2013, les partenaires sociaux se sont engagés à garantir aux trois « familles d'assureurs » un accès égal au marché de la couverture collective, en élaborant des règles de transparence dans le choix de l'opérateur. La loi de transposition du texte a repris ces dispositions afin d'encadrer davantage la mise en concurrence, et ainsi éviter les contestations.

Le groupe de travail technique paritaire prévu par l'ANI du 11 janvier 2013 a élaboré des documents pratiques afin d'aider les négociateurs de branche à la réalisation de cahiers des charges de leur régime en toute transparence. Les travaux du groupe technique ont vocation à alimenter le décret d'application pour la mise en œuvre de la loi. Ce décret n'est pas sorti à ce jour.

Au sein du groupe, il n'y a pas eu de consensus sur l'ensemble des suggestions élaborées. Pour ce qui est de la CFDT, nous nous inscrivons dans une démarche la plus transparente possible.

Ainsi pour la CFDT, pour que l'appel à concurrence ne soit pas sujet à contestation, il doit respecter plusieurs critères :

- L'égalité de traitement entre les opérateurs des différentes familles d'assureurs,
- La transparence de la procédure de la mise en concurrence,
- L'absence de conflits d'intérêts

Il est suggéré que l'ensemble de la procédure d'appel à concurrence soit mené par une Commission paritaire, qui peut, si elle le souhaite, être accompagnée par un ou plusieurs experts indépendants de son choix.

La première phase est l'élaboration du cahier des charges. Il doit comporter l'ensemble des informations et demandes de la branche sur la protection qu'elle souhaite assurer aux salariés, les informations et engagements qu'elle souhaite recevoir des opérateurs en charge du contrat. Aucune condition entraînant une discrimination entre les organismes d'assurance ne peut être imposée.

La deuxième phase est l'appel à candidature large avec une publicité adéquate, ouverte à tous les opérateurs répondant aux critères d'éligibilité et de recevabilité. Ces derniers doivent être traités de façon égale. Les rejets de dossier doivent être notifiés et motivés.

L'examen des candidatures doit permettre de vérifier l'éligibilité et la recevabilité du dossier des candidats. Les auditions (obligatoires pour les désignations, facultatives pour les recommandations) doivent permettre de compléter le dossier écrit au regard du cahier des charges et de la grille d'évaluation.

Le choix final est basé sur le cahier des charges et la grille d'évaluation. Les résultats doivent être rendus publics. Une information motivée est faite aux candidats non retenus. Ces derniers peuvent demander des précisions sur le rejet, les partenaires sociaux sont dans l'obligation de répondre à la demande.

Dans toutes les phases de l'appel à candidature, les règles déontologiques et notamment la prévention des conflits d'intérêt doivent être respectées par les membres de la commission paritaire et les éventuels experts.

- Les négociateurs

Les militants (négociateurs) ne peuvent assister aux débats sur le choix des candidats, s'ils sont mandatés et/ou salariés dans les organismes assureurs candidats. Les opérateurs candidats doivent informer la commission paritaire des conventions financières conclues ou poursuivies au cours de l'année passée avec les organisations syndicales d'employeurs et de salariés de la branche concernée.

- Les experts éventuels

Le recours à des experts indépendants (actuaire, juristes) peut aider au classement des offres et à déterminer si les organismes sont moins disant ou mieux disant (équilibre technique du régime à 3 et 5 ans, prévention, droits non contributifs, action sociale).

Les experts pressentis doivent préalablement déclarer à la commission paritaire le type de relation qu'ils entretiennent avec les opérateurs.

Pour la CFDT, il est préférable de ne pas solliciter les services d'un courtier en assurances, puisque sa logique est plutôt de « tirer les prix » et de changer d'assureur en fonction des opportunités du marché, plutôt que de s'attacher à bâtir un véritable régime. Parmi ses prestations de services, le courtier peut proposer

d'assurer la gestion et le suivi du régime. C'est l'activité la plus lucrative pour lui. Or, c'est aux partenaires sociaux qu'il revient de mener cette mission, en lien étroit avec les organismes assureurs.

En amont le montant des différents frais de gestion doivent être demandés dans la procédure de mise en concurrence. Les experts peuvent être utiles dans l'analyse de ces frais, ils peuvent aussi, en aval, vous aider au suivi des frais du régime dans la critique de leur montant et de leur évolution.

Les experts indépendants peuvent également conseiller sur l'utilisation des excédents techniques et financiers du régime dans l'intérêt des salariés et des branches.

V. Entrée en vigueur et suivi du régime frais de santé

La date d'entrée en vigueur de l'accord collectif doit être fixée avec soin. En effet, les entreprises doivent avoir le temps de prendre connaissance du texte, et déterminer si elles choisissent de rejoindre l'organisme assureur recommandé ou non.

Une période de mise en conformité doit par ailleurs être laissée aux entreprises qui avaient instauré des garanties de complémentaire santé avant la conclusion de l'accord de branche, afin de revoir le niveau des garanties et les taux de cotisations notamment, le cas échéant dénoncer leur contrat d'assurance initial, pour rejoindre l'organisme recommandé par l'accord de branche.

Il est donc important d'avoir, comme il est indiqué au début de ce guide, une bonne vision de la réalité de chaque branche, afin d'agir en conséquence.

Tout comme pour les autres accords, la représentativité doit s'appliquer pour les accords la complémentaire santé et la prévoyance. Ainsi une organisation syndicale qui ne totalise pas 30% de représentativité ne peut pas signer seule un accord.

V.1 La procédure d'extension des accords collectifs frais de santé

Un accord de branche s'applique aux entreprises adhérentes aux chambres patronales signataires. Pour qu'un accord couvre et s'impose à l'ensemble des employeurs d'une branche, qu'ils soient adhérents ou non à un syndicat employeur, une procédure d'extension doit être engagée par « la partie la plus diligente », une organisation signataire (employeur ou salarié).

L'extension consiste à envoyer le texte signé au ministère du travail en vue de son examen par la commission nationale de la négociation collective, qui émet un avis sur la conformité de ses dispositions à la réglementation. Les accords de retraite, de prévoyance et de complémentaire santé sont également examinés par une commission spécialisée appelée COMAREP (Commission des Accords de Retraite et de Prévoyance). Ces commissions sont constituées paritairement des représentants employeurs (MEDEF, CGPME, UPA UNAPL) et de salariés (CFDT, CGT, CFE-CGC, FO CFTC) et présidées par des représentants du ministère.

Une fois l'avis des commissions rendu, les Ministres peuvent décider d'étendre les accords par voie d'arrêté, publié au Journal Officiel.

Pour tout savoir sur la procédure d'extension des accords collectifs relatifs aux garanties santé, vous pouvez vous reporter au rapport d'activité de la COMAREP, disponible sur le site de la Sécurité sociale²⁴.

²⁴ www.securite-sociale.fr

A l'issue de la négociation et de la signature de l'accord, la CFDT doit s'assurer que les organismes assureurs recommandés établissent la notice d'information, qui détaille au salarié les garanties proposées, le taux de cotisations, les personnes qui peuvent bénéficier du dispositif (conjoint, enfants...), mais aussi les justificatifs à adresser. C'est aux organisations patronales qu'il revient ensuite de remettre les notices d'information aux salariés²⁵.

Trop souvent les salariés sont mis devant le fait accompli, leur part de cotisations est prélevée sur leur salaire, sans autre information.

V.2 Anticiper les modalités de suivi du régime frais de santé

Les accords collectifs qui préconisent l'affiliation à un ou plusieurs organismes assureurs doivent obligatoirement être revus tous les 5 ans maximum, mais il est indispensable de prévoir des bilans d'étape chaque année avec des informations consolidées que devra(ont) fournir le (ou les) organisme(s) assureur(s).

Pour cela, le plus simple est de mettre en place une commission paritaire de suivi, et de prévoir que celle-ci examinera annuellement les résultats techniques et financiers et d'action sociale du régime. Il peut être indiqué dans l'accord collectif et dans le contrat d'assurance que l'organisme assureur devra présenter chaque année à la commission paritaire les comptes du contrat, et le rapport prévu aux articles 3 et 4 du décret n°90-769 du 30 août 1990.

Ce rapport détaille le montant des cotisations perçues, des prestations versées, des provisions techniques constituées, les produits financiers obtenus, la participation aux résultats accordée, les différentes commissions et frais appliquées, et des informations concernant la réassurance.

L'expert indépendant peut vous aider à formaliser les demandes d'information sur le suivi de l'accord, et à les comprendre, pour négocier au plus juste les conditions du contrat. Il est important d'indiquer vos exigences dès la rédaction du cahier des charges afin que les organismes assureurs puissent vous faire des propositions de contenu et de support.

²⁵ Article 12 de la loi Evin

INDEX Guide de la négociation

Accord Collectif	7
Accord National Interprofessionnel (ANI) 11/01/13	5 - 6 - 12
Accord National Interprofessionnel (ANI) 11/01/08	10 - 12 - 36
Action sociale	21
Actuaire	12 - 36
Affection de longue durée (ALD)	4
Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	23
Ancienneté	10 - 22 - 27
Anciens salariés	27 - 28 - 29 - 34
Apprenti	10 - 22 - 24 - 25
Arrêt de travail	8 - 10
Assurances (Entreprises/Sociétés)	9 - 33 - 36
Ayants droit	25 - 26 - 28 - 29 - 33 - 34
Base de remboursement	14 - 15 - 16
Cahier des charges	5 - 17 - 20 - 21 - 26 - 31 - 36 - 39
Catégories Objectives	22
CDD	24 - 27
Chômage	27 - 28
CMU	4 - 19
CMU-C	19 - 23
Cofinancement	28
Collectif (Caractère)	4 - 7 - 12 - 13 - 22 - 27 - 31
Conjoint	9 - 24 - 26 - 39
Conseil constitutionnel	20 - 33 - 34 - 35
Contrat d'assurance	7 - 11 - 12 - 21 - 35 - 38 - 39
Contrat d'accès aux soins	15 - 18
Contrat solidaire et responsable	16 - 31
Contrats Responsables	16 - 17 - 18 - 20
Contribution de l'employeur	25 - 26
Cotisation forfaitaire	30
Cotisation proportionnelle	17 - 30
Décès	5 - 8 - 9 - 10 - 11 - 21 - 28 - 29
Délai de carence	10 - 23 - 27
Demandeurs d'emplois	27
Dépassements d'honoraires	6 - 15 - 17 - 18
Désignation	33 - 34 - 36
Dispenses d'affiliation	12 - 22 - 23
Droits non contributifs	25 - 26 - 36
Enfants	9 - 26 - 39
Équilibre technique	36
Excédents techniques et financiers	37
Exonérations sociales et fiscales	17 - 31
Forfait social	34
Frais réels	15 - 18
Franchises	16 - 17
Garanties	4 - 5 - 7 - 8 - 9 - 11 - 12 - 14 - 15 - 17 - 18 - 19 - 22 - 23 - 25 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 34 - 35 - 38 - 39
Incapacité de travail	28
Incapacité permanente	8
Indemnités journalières	8 - 25
Institution de prévoyance (IP)	11 - 33
Invalidité	5 - 8 - 25 - 28 - 29
Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989 Art2	12 - 35

Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1990 Art4	28 - 29 - 32
Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1991 Art9	16
Loi du 14 juin 2013	27 - 28 - 30
Maintien de salaire	8 - 10
Maintien des garanties	25 - 27 - 29
Maternité	6 - 7 - 25
Mise en concurrence	35 - 36 - 37
Mobilité	6
Mutualisation	5 - 6 - 9 - 24 - 25 - 26 - 28 - 33 - 34 - 35
Mutuelle	5 - 7 - 11 - 20 - 21
Obligatoire (Caractère)	5 - 6 - 12 - 13 - 16 - 23 - 24 - 26 - 27
Optique	5 - 14 - 17 - 18 - 19 - 23
Participation forfaitaire	14 - 15 - 16
Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)	16
Portabilité	27 - 28 - 29 - 35
Prévention	12 - 14 - 17 - 20 - 21 - 26 - 36
Prévoyance	8 - 9 - 10 - 11 - 20 - 21 - 22 - 25 - 27 - 28 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 38
Recommandation	33 - 36
Régime social et fiscal	13 - 16
Remboursement complémentaire	5
Rente	8 - 9 - 22 - 25
Réseaux de soins	19 - 20
Reste à charge	15 - 16 - 18
Retraités	4 - 29
Revenu de remplacement	25
Saisonnier	10 - 24
Savoir lire et comprendre un tableau de garantie	15
Secteur 2	Contrat d'accès au soin 18
Secteur 2	Option de coordination 18
Solidarité	25 - 26 - 27 - 34 - 35
Tarif conventionnel	15
Taux de cotisations	7 - 12 - 38 - 39
Temps partiel	22 - 24
Ticket modérateur	14 - 15 - 16 - 17
Transparence	35 - 36