

Afin d'enrichir vos négociations, la DREETS en partenariat avec l'Université d'Orléans et son école de relations du travail, vous propose une lettre d'actualité thématique construite autour de l'analyse d'accords d'entreprise déposés auprès du Ministère du travail.

Ce mois-ci, nous nous intéressons **à la protection sociale d'entreprise.**

Retrouvez les précédents numéros sur le site de la DREETS Centre-Val de Loire et **[abonnez-vous](#)** pour recevoir chaque mois la Newsletter.

PRÉSENTATION



La complémentaire santé d'entreprise et la prévoyance font partie des thèmes de négociation annuelle obligatoires (NAO) au titre de l'égalité entre les hommes et les femmes et la qualité de vie et des conditions de travail ([voir Newsletter n°21 sur la QVCT](#)). L'article L.2242-17 du code du travail dispose à cet égard que les NAO définissent les modalités d'un régime de prévoyance et du remboursement complémentaire des frais entraînés par une maladie, une maternité ou un accident.

Définition

L'entreprise en raison des situations de travail, des activités, des process qui exposent les salariés à des risques professionnels se doit dans un premier temps d'appréhender ces risques sous l'angle de la prévention : c'est à dire les évaluer pour éviter qu'ils ne surviennent. De ce point de vue le comité social et économique (CSE) joue un rôle important, le cas échéant relayé par la commission santé, sécurité et conditions de travail ([voir Newsletter n°25 sur la CSSCT](#)). Ainsi depuis [la loi santé au travail](#), le CSE des entreprises d'au moins 50 salariés contribue au processus d'évaluation des risques professionnels. Malgré ce, les risques peuvent se réaliser. La protection sociale prend alors le relais de la prévention, pour indemniser la victime une fois le risque survenu. Le terme de protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux ([source : site du gouvernement](#)).

Historiquement la protection sociale française s'est généralisée après la seconde guerre mondiale, avec un système assurantiel, financé par la double cotisation des employeurs et des salariés. Après les " Trente Glorieuses " et une conjoncture économique et sociale marquée par le vieillissement de la population, le déficit économique et l'ouverture au marché européen, la protection sociale de base ne suffit plus. La **protection sociale complémentaire** s'est alors développée. Elle est représentée par des organismes privés d'assurance au travers de contrats de mutuelle.

Elle prend 2 formes principales que sont la complémentaire santé et la prévoyance ([source : IRDES](#)).

La complémentaire santé complète la partie des remboursements qui ne peut pas être prise en charge par la sécurité sociale notamment en matière de consultations, optique ou dentaire ([Loi n°2013-504 du 14 juin 2013](#)). Depuis le 1er janvier 2016, les salariés du secteur privé doivent être couverts par une complémentaire santé obligatoire pour les entreprises.

La prévoyance vise quant à elle la protection contre les risques de la vie considérés comme lourds : maladie, incapacité, invalidité, décès. Les entreprises peuvent souscrire à des contrats de prévoyance mais par principe ça n'est pas obligatoire.

Les récentes réformes en matière de protection sociale tendent à généraliser la couverture des assurés sociaux. En plus de la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du privé depuis 2016, les fonctionnaires doivent également être couverts depuis le 1er janvier 2022 ([Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'Etat](#)).

Modalités de mise en place

La complémentaire santé et la prévoyance font partie des 13 thèmes sur lesquels les accords de branche prévalent sur les accords d'entreprise, sauf garanties au moins équivalentes prévues dans l'accord d'entreprise ([voir Newsletter n°17 sur la négociation de branche](#)).

En 2021, **1 063 accords de branche** ont été conclus, tous thèmes confondus. Parmi ces accords **96 concernaient la retraite complémentaire et la prévoyance** (soit **9 %** des accords de branche de 2021).

La même année **76 820 accords d'entreprise** ont été conclus dont **2 130 concernant la prévoyance collective, la complémentaire santé et la retraite supplémentaire** (soit **2,7 %** des accords d'entreprise de 2021) ([source Ministère du travail/DGT](#)).

Si un accord est conclu :

Les régimes complémentaires de frais de santé et de prévoyance sont définis par un accord de branche.

En l'absence d'accord de branche, ou si l'accord d'entreprise présente des garanties au moins équivalentes à l'accord de branche, on se réfère à l'accord d'entreprise. Ici la négociation se fait avec les délégués syndicaux, à défaut avec le CSE, et le cas échéant par la voie du référendum adopté par les salariés de l'entreprise à la majorité.

A défaut d'accord :

- La complémentaire santé doit être mise en oeuvre par décision unilatérale de l'employeur (DUE).
- Le régime de prévoyance peut être mis en place par DUE. Néanmoins l'employeur n'a aucune obligation de l'instituer si ça n'est prévu par aucune loi, convention ou accord collectif. En revanche l'employeur est tenu de mettre en place un régime de prévoyance pour les cadres ([source : convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, art. 7](#)).

La mise en place d'une complémentaire santé doit répondre à des conditions posées par les codes du travail et de la sécurité sociale. En premier lieu, l'employeur est tenu de participer à hauteur d'**au moins 50% au financement de la complémentaire** ([Code de la sécurité sociale, art. L911-7](#)). Par ailleurs l'entreprise doit s'assurer que le contrat présente les garanties du "panier de soins minimum". Il s'agit d'un niveau minimum de remboursement garanti en terme de ticket modérateur, frais hospitalier, optique et dentaire. Ce panier a été amélioré dans la cadre de la réforme du "100% santé" qui vise à prendre en charge intégralement certaines dépenses des assurés, notamment les frais sur certaines paires de lunettes.

Lors des négociations, les partenaires sociaux peuvent faire le choix d'adhérer à un organisme existant ou bien de créer une nouvelle institution de prévoyance.

Quelle est la place du dialogue social ?



S'agissant du **CSE** il doit être associé à l'instauration de la protection sociale d'entreprise. Il est consulté et informé préalablement à la mise en place d'un régime de garantie collective telles que les complémentaires santé ([Code du travail, art. R.2312-22](#)). Cette consultation fait partie des consultations récurrentes. Par ailleurs le CSE examine toute proposition de nature à améliorer les conditions de travail, d'emploi et de formation professionnelle des salariés, leurs conditions de vie dans l'entreprise ainsi que les conditions dans lesquelles ils bénéficient de garanties collectives complémentaires ([Code du travail, art. L.2312-12](#)).

D'un point de vue du financement, le CSE peut être associé à la mise en place du régime de prévoyance au titre du budget des activités sociales et culturelles. Le CSE peut compléter l'offre de complémentaire santé obligatoire en participant au financement de la contribution salariale ou en prenant en charge le paiement de garanties supplémentaires et facultatives.

Par ailleurs les **accords collectifs de branches /conventions collectives** pouvaient prévoir des clauses de désignations. Ces clauses imposaient aux entreprises d'une branche donnée d'adhérer à un organisme assureur. Le Conseil constitutionnel a rendu une décision le 13 juin 2013, dans laquelle il a prononcé l'inconstitutionnalité des clauses de désignations, au regard de la liberté contractuelle et la libre concurrence. Désormais les accords de branches peuvent simplement recommander un ou plusieurs organismes assureurs (sur cet aspect voir le [focus sur les accords p.3](#)).

Enfin les **accords nationaux interprofessionnels (ANI)**, ont une place importante en la matière. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise résulte en effet de la loi du 14 juin 2013 adoptant l'ANI du même jour, signé par la CFDT, la CFE-CGC et la CFTC côté salarié, et le MEDEF, l'UPA et la CGPME côté employeur.



FOCUS SUR LES ACCORDS DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Au regard des données exposées plus-haut, la négociation sur la protection sociale intéresse d'avantage le niveau des branches que celui des entreprises.

Les accords négociés au niveau de l'entreprise font preuve de limites : la complémentaire santé est rarement financée à plus de 50% par l'employeur, soit le minimum légal. Le contexte inflationniste a toutefois amené certaines entreprises à davantage prendre en charge le financement de celle-ci. Par ailleurs, la généralisation de la complémentaire santé s'est faite en grande partie par le biais de décisions unilatérales. Enfin la prévoyance en entreprise n'étant pas obligatoire, le nombre d'accords en la matière est limité.

Voici un aperçu des accords de la région :

- Un accord a été signé en 2021 en Indre-et-Loire (37) avec une déléguée syndicale CFTC, dans une entreprise spécialisée dans la location de biens immobiliers.
- Cet accord est intéressant en ce qu'il porte la part de la prise en charge par l'employeur du prix de la mutuelle d'entreprise à 67%.
- Par ailleurs cet accord prévoit la couverture obligatoire des ayants-droits que sont le conjoint du salarié dès lors qu'il ne perçoit pas de revenu, et l'assurance des enfants à charges.
- L'accord comporte également une clause de rendez-vous, pour que les parties signataires se retrouvent tous les 5 ans afin de réexaminer les dispositions de l'accord.

- Un accord d'établissement a été signé en 2021 dans une entreprise de restauration collective de 12 salariés, dans le Loir-et-Cher (41). L'accord a été approuvé par la voie du référendum par les 2/3 des salariés.
- Cet accord est intéressant en ce que la totalité du prix de la mutuelle est pris en charge par l'employeur.

Voici un aperçu d'une clause de "recommandation" figurant dans un avenant à une convention collective :

- La convention collective nationale du personnel des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire du 13 août 1999, a été modifiée par un avenant de 2018 contenant une clause de recommandation.
- Cette clause est rédigée comme suit :

"Les partenaires sociaux ont décidé de recommander deux organismes assureurs pour couvrir le régime frais de santé conventionnel.

C'est à l'issue d'une procédure de mise en concurrence ayant respecté les conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats que cette recommandation est intervenue.

Par conséquent en application du présent accord et compte tenu de leurs réponses à l'appel d'offres notamment vis-à-vis du principe de mutualisation, les organismes assureurs recommandés à l'unanimité des membres de la commission paritaire, à compter du 1er janvier 2019 sont : (noms des organismes assureurs)".

QUESTIONS RH



Est-il possible de négocier des garanties plus avantageuses que celles prévues par le panier de soins minimum ?

Le code de la sécurité sociale impose un panier de soins minimum en matière de ticket modérateur, de forfait journalier, de frais optiques et de frais dentaires. Au-delà de ce socle, les partenaires sociaux ont toute liberté pour négocier des prestations supplémentaires, à titre d'exemple :

- L'assurance d'un ayant-droits
- L'existence de services d'accompagnement et de prévention contre les risques professionnels liés à l'activité,
- Des services d'assistance comme une aide ménagère ou une garde-malade à domicile,
- Des garanties spécifiques comme celle des maladies chroniques ou un forfait médecine douce (ostéopathie, chiropractie...).

Quelles sont les sanctions en cas de non-respect des règles de mise en place des garanties collectives ?

Si le CSE n'est pas consulté sur la mise en place des garanties collectives de complémentaire et de prévoyance, cette carence est susceptible de constituer un délit d'entrave.

Aucun texte ne prévoit une sanction contre l'employeur qui n'aurait pas mis en place de complémentaire santé d'entreprise après le 1er janvier 2016. Mais le risque est grand pour l'employeur en droit du travail (risque de contentieux prud'homal).

- Un salarié sans complémentaire santé qui devrait assumer de lourds frais médicaux (hospitalisation...) pourrait demander dédommagement à son employeur puisque ce dernier n'a pas respecté son obligation légale de mettre en place une couverture santé minimale
- Un salarié peut à tout moment réclamer le bénéfice cette couverture santé
- Tout nouvel embauché doit pouvoir en bénéficier
- Au moment de la rupture de son contrat de travail, un salarié peut faire valoir qu'il aurait dû bénéficier de la couverture tant qu'il était salarié et aurait alors profité de son maintien gratuit pendant sa période de chômage au titre de la portabilité il peut donc réclamer un dédommagement.

La prévoyance doit-elle figurer dans la base de données économiques et sociales et environnementales (BDESE) ?

La BDESE rassemble les informations nécessaires aux consultations et informations récurrentes que l'employeur met à disposition du comité social et économique ([voir la Newsletter n°10 sur la BDES](#)).

Sauf accord d'entreprise prévoyant un contenu différent, dans les entreprises de 300 salariés et plus, les régimes de prévoyance et de retraite complémentaire doivent figurer dans la BDESE ([Code du travail, art. R. 2312-9](#)).