



Régime de prévoyance et frais de santé : rappel sur les obligations de l'employeur

A l'aune de l'instauration des contrats de frais de santé « responsables » au 1er janvier 2020, instituant un panier de soins 100 % santé pour les frais d'optique, dentaires et les aides auditives, la jurisprudence nous donne l'occasion de refaire le point sur les obligations mises à la charge de l'employeur en matière de régime de prévoyance et frais de santé et les retentissements financiers pour les entreprises à défaut de respect de ces obligations.

1. Modification du régime de prévoyance mis en place par décision unilatérale : attention au redressement URSSAF faute d'information des salariés

Par un premier arrêt du 14 mars 2019, la deuxième Chambre de la Cour de cassation est venue confirmer au visa de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, que **la contribution de l'employeur au financement des garanties collectives entre dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale**, en cas de modification de la répartition du financement du régime de prévoyance, **s'il n'a pas été procédé à la remise à chacun des salariés d'un écrit constatant la décision unilatérale de l'employeur** (Cass.2^e civ., 14 mars 2019, n°18-12.380).

Rappel des conditions d'exonération des contributions patronales destinées au financement de garanties de prévoyance complémentaire

Pour mémoire, les contributions des employeurs destinées au financement de garanties de retraite supplémentaire ou de prévoyance complémentaire sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, sous certaines conditions (article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale).

Les régimes de prévoyance et de frais de santé garantis aux salariés doivent faire l'objet d'un **acte juridique écrit** et s'appliquer de manière **collective et obligatoire** à l'ensemble des salariés.

Cet acte fondateur qui marque l'engagement de l'employeur prend soit la forme d'un accord collectif (de branche ou d'entreprise), soit d'un accord conclu avec les représentants du personnel et validé par un référendum, soit par une décision unilatérale de l'employeur.

Quelles informations doit contenir l'acte fondateur ?

Le Code de la sécurité sociale n'impose qu'un nombre limité de **mentions obligatoires** :

- en cas de changement de l'organisme assureur, la DUE doit organiser la poursuite de la revalorisation des rentes d'incapacité, d'invalidités et de décès en cours de service, ainsi que l'actualisation des garanties décès (article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale) ;

L'acte fondateur comporte le plus souvent également les mentions suivantes :

- la nature et le contenu de la couverture mise en place (frais de santé, prévoyance). Il est à cet égard préconisé de renvoyer à la notice du contrat d'assurance pour le descriptif des garanties pour ne pas avoir à modifier l'acte si celles-ci évoluent ;
- la définition objective des salariés bénéficiaires et le cas échéant la condition d'ancienneté minimale ;
- le caractère obligatoire de l'adhésion et donc les dispenses d'affiliation possibles ;
- le financement : indication des taux, de l'assiette et de la répartition des cotisations ;
- la date d'entrée en vigueur de l'acte, sa durée et ses modalités de révision et de dénonciation.

Lorsque le régime est institué par voie de décision unilatérale, il appartient à l'employeur d'assurer son **obligation d'information et de consultation du CSE**, préalablement à la prise d'effet de la décision.

Cette décision doit en second lieu être constatée dans un **écrit remis par l'employeur à chaque salarié intéressé**, en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Concrètement, l'employeur doit être en mesure, en cas de contrôle par l'administration de :

- produire une copie de l'écrit remis aux salariés et actant la décision unilatérale, conformément à l'article susvisé, contre signature,
- et justifier auprès de l'agent chargé du contrôle la modalité de remise de cet écrit aux salariés (document joint au bulletin de paie, remise en main propre contre décharge, envoi par courrier...).

La Cour de Cassation vient rappeler que ce formalisme doit être respecté à chaque modification apportée à l'acte fondateur pour continuer de bénéficier de l'exonération des cotisations sociales.

C'est ce que confirme la deuxième Chambre de la Cour de cassation dans son arrêt du 14 mars 2019 (Cass.2^e civ. 14 mars 2019, n°18-12.380).

Le défaut d'information individuelle des salariés sur les modifications apportées au régime de prévoyance engendre une perte du bénéfice des exonérations de cotisations sociales

Pour illustration, la société avait souscrit, en 2006, un contrat de prévoyance santé institué par une décision unilatérale, qui avait été portée à la connaissance de chaque salarié par la remise d'un écrit contre signature, lors de sa mise en place.

Ce contrat fixait à 48 euros la part patronale de la cotisation, d'un montant de 67 euros pour un salarié isolé, de 77 euros pour un adulte et un enfant, de 88 euros pour une famille et de 60 euros pour une personne invalide.

Le 29 janvier 2010, l'employeur a souscrit un nouveau contrat auprès du même organisme mutualiste, porté à la connaissance des salariés par voie de simple affichage.

Or, si les garanties collectives et les conditions de remboursement des frais de santé demeuraient identiques, tel n'était pas le cas du montant des cotisations patronales réduit à 45 euros. La part salariale avait également été abaissée, à l'exception de la cotisation « bénéficiaires multiples ».

A la suite d'un contrôle portant sur les années 2010 à 2012, l'URSSAF de Picardie a au cas d'espèce procédé à un redressement en réintégrant les cotisations patronales finançant le régime dans l'assiette des cotisations, **pour défaut d'information individuelle des salariés**.

Le redressement est validé par les juges du fond et par la Cour de cassation, qui considèrent que la modification des taux de cotisations avaient nécessairement entraîné la **modification de la répartition du financement** entre l'employeur et le salarié du régime complémentaire et devait ainsi être portée à la connaissance des salariés par la remise individuelle d'un écrit.

Cette évolution impliquait une dénonciation en bonne et due forme du régime institué par décision unilatérale, impliquant :

- le respect d'un délai de préavis suffisant (3 mois en général) ;
- une information des Instances Représentatives du Personnel,
- une information individuelle des salariés,

2. Acte fondateur et contrat d'assurance : vigilance renforcée de l'employeur sous peine de responsabilité pécuniaire

Dans un second arrêt du 17 avril 2019 (n° 17.27.096) publié au bulletin, la Cour de Cassation rappelle que la mise en place d'un régime de prévoyance par l'employeur résulte **de deux actes distincts** : **l'acte juridique fondateur du régime** d'une part et la **souscription d'un contrat auprès d'un organisme assureur**, d'autre part (mutuelle, institut de prévoyance ou société d'assurance).

La Cour de Cassation confirme que l'employeur **est seul garant** de l'adéquation entre cet acte juridique fondateur et le contrat d'assurance.

A ce titre, il lui appartient de s'assurer que les engagements souscrits au nom des salariés auprès de l'organisme assureur, sont conformes à la nature et aux niveaux des garanties prévus par les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles de branche et que le contrat d'assurance souscrit avec un tiers respecte ces exigences.

A défaut, il engage sa responsabilité vis-à-vis du personnel et peut être condamné au versement de dommages et intérêts à l'occasion d'un litige individuel.

C'est ainsi que la Cour de Cassation a condamné une entreprise à régler la somme de 264.025 € de dommages et intérêts à la veuve d'un salarié au titre d'un **capital décès** qui avait été plafonné dans le contrat d'assurance à 8 fois le plafond de la Sécurité Sociale alors que la Convention Collective de branche prévoyait, le versement d'un capital décès au moins égal à 100 % des salaires bruts des 12 derniers mois d'activité précédant le décès, sans aucun plafond.

La défense de l'employeur consistant à mettre en cause l'organisme assureur dans le cadre du contentieux prud'homal a échoué. C'est à l'employeur et à lui seul, en vertu du contrat de travail qui le lie à son salarié et de l'exécution de bonne foi de ses obligations contractuelles, d'assumer financièrement la non-conformité du contrat d'assurance aux engagements conventionnels de branche.

La responsabilité éventuelle de l'assureur vis-à-vis de l'entreprise assurée, co-contractante, relève d'un autre débat judiciaire.

La vigilance est donc prépondérante dans le cadre des relations avec l'organisme assureur.

Il est donc impératif de vérifier périodiquement et à chaque évolution législative, réglementaire et/ou conventionnelle que le contrat d'assurance souscrit avec l'organisme assureur est en parfaite conformité et garantit l'entreprise de ses obligations vis-à-vis de la collectivité des salariés sur la couverture des risques.

Les enjeux financiers attachés au régime de prévoyance et frais de santé sont bien réels !

L'obligation mise à la charge des entreprises de conclure, à compter du 1^{er} janvier 2020 des « contrats responsables » respectant le nouveau Cahier des charges défini par la dernière Loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2019 (Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018) sur la base d'un panier de soins 100 % santé est, à n'en pas douter, l'occasion toute trouvée pour refaire le point sur les exigences de conformité et d'information en matière de prévoyance et de frais de santé, gages d'un dispositif efficient et parfaitement sécurisé pour les entreprises.

Nous restons naturellement à votre disposition pour vous accompagner dans ce travail de mise en conformité des règles de prévoyance et frais de santé en place.



Anne-Laure MARY-CANTIN
a-lmary-cantin@racine.eu



Charles PHILIP
cphilip@racine.eu