

Epinal, le 31 janvier 2020

► Lorraine

Monsieur Frédéric SCHEER
Directeur général des services
Centre de Gestion 88
28 rue de la Clé d'Or
88000 EPINAL

Direction – EF-BB – 31.01.2020

Votre contact :

Elie Funtsch
Directeur Régional Adjoint
6 avenue Pierre Bianck
88085 EPINAL Cedex 9
Tél : 03.83.92.30.13

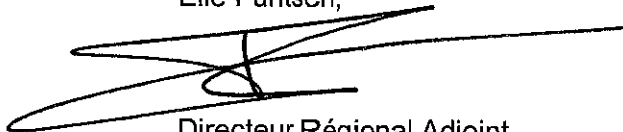
Monsieur le Directeur général des services,

Je fais suite à notre échange téléphonique du 20 janvier dernier et vous adresse par voie postale l'analyse de l'Urssaf suite aux documents que vous avez bien voulu nous transmettre, relatifs au contrat collectif « mutuelle SANTE » et « Prévoyance ».

Après analyse, je vous confirme que le caractère collectif au regard des garanties n'est pas respecté, tant concernant le risque que le régime de prévoyance complémentaire et que ce point est suffisant pour en conclure que les conditions et limites d'exonération ne sont pas respectées.

Je reste à votre disposition pour tout besoin de précisions et vous prie d'agréer Monsieur le Directeur général de services, l'expression de ma meilleure considération.

Elie Funtsch,

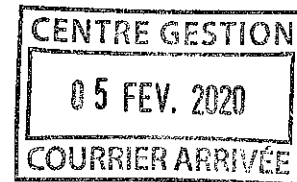


Directeur Régional Adjoint

PJ : 1

Siège social
Urssaf Lorraine
6 rue Pasteur - BP 80585
57032 Metz Cedex 01

Votre Urssaf au 3957 (0,12€ TTC/min)



Demande du Centre de Gestion des Vosges

La protection sociale complémentaire porte sur deux risques majeurs :

- les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et la maternité, dénommés encore "risque santé"
- les risques liés à l'incapacité de travail, l'invalidité ou le décès, dénommés "risque prévoyance".

La participation des collectivités territoriales est facultative, et peut être accordée pour l'un ou l'autre des risques ou pour les deux. Elle intervient soit au titre de contrats labellisés, soit au titre d'une convention de participation.

Dans le cadre de la labellisation, l'employeur public n'effectue aucune opération de sélection entre les différents opérateurs. Une liste des contrats et règlements labellisés est publiée sur le site de la Direction générale des collectivités locales. L'agent choisit un contrat labellisé pour couvrir le risque lié à l'incapacité de travail.

Si l'employeur n'entend sélectionner qu'un seul opérateur, il doit alors engager une procédure spécifique d'appel à concurrence.

Une convention de participation est conclue pour une durée maximale de 6 ans. L'adhésion des agents à cette convention est facultative.

La mise en place d'une convention de participation nécessite une délibération de l'organe délibérant.

Les centres de gestion peuvent conclure des conventions de participation pour le compte des collectivités territoriales de leur ressort qui le demandent. Le Centre de Gestion des Vosges (CDG 88) propose ainsi d'accompagner les employeurs publics par le biais de deux conventions de participation, l'une portant sur la couverture du risque santé, l'autre sur la prévoyance.

C'est dans ce cadre que le CDG 88 a adressé à l'Urssaf Lorraine le projet de convention de participation santé, le projet de convention de participation prévoyance et la notice d'information prévoyance.

En effet, concernant le régime social de la contribution de la collectivité au financement de ces régimes, deux hypothèses sont envisagées selon que les conditions et limites d'exonération sont respectées ou non.

En cas de respect de ces conditions, le régime social de la participation de la collectivité au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents est le suivant :

- pour les agents relevant de la CNRACL : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels)
- pour les agents relevant du régime général : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels) et au forfait social au taux de 8 % dans les collectivités de plus de 11 salariés.

Lorsque les conditions et limites d'exonération ne sont pas respectées, le régime social de la participation de la collectivité au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents sera le suivant :

- pour les agents relevant de la CNRACL : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels)
- pour les agents relevant du régime général : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels) et aux cotisations de Sécurité sociale dans les conditions et aux taux de droit commun. Dans cette hypothèse, le forfait social n'est pas dû.

Il faut noter que la CSG-CRDS est due dans tous les cas et que la solution est neutre pour les agents relevant de la CNRACL.

Par ailleurs, il faut préciser qu'un régime particulier concerne les contributions visant à couvrir une obligation de maintien de salaire. En effet, les primes versées à un organisme assureur pour financer le maintien du salaire dû par l'employeur au titre d'une obligation légale ou statutaire de maintien de salaire en cas de maladie ou d'accident des salariés ne sont pas considérées comme finançant une opération de prévoyance complémentaire. Les sommes versées à ce titre ne sont assujetties à cotisations et contributions sociales. Ni la CSG-CRDS, ni le forfait social ne sont donc dus.

Dans la situation exposée, le régime dit "de maintien de salaire" intervient en complément des droits statutaires. Son financement n'a donc pas à être distingué de celui du financement global de la prévoyance complémentaire.

La dérogation au principe d'assujettissement vise les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire, servies au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, par des institutions de prévoyance, par des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation ou par des entreprises régies par le code des assurances, ne rentrent pas dans la base de calcul des cotisations sociales. Ce régime dérogatoire est subordonné au respect de plusieurs conditions dont notamment le fait que le régime soit obligatoire et collectif :

I/ Sur le caractère obligatoire

Les conventions de participation sont proposées à l'adhésion facultative des agents.

Dans le cadre de la couverture du risque prévoyance, *"le CDG et chaque collectivité ou établissement public contribue au financement des garanties collectives sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent qui vient en déduction de la cotisation due par les agents"* (article 6.1 de la convention).

Ce principe est repris dans le cadre de la couverture du risque santé (article 6.1 de la convention).

Dans les deux cas, les 2 cas, il appartient à la collectivité de prendre une délibération fixant le montant de cette participation.

Cette participation du CDG et des collectivités territoriales s'analyse comme une contribution de l'employeur destinée au financement de prestations de prévoyance complémentaire.

Elle bénéficie, sous certaines conditions et limites, du régime social de faveur applicable dans les entreprises privées aux contributions patronales de prévoyance complémentaire.

S'agissant du respect du caractère obligatoire, bien que l'adhésion des agents au régime de prévoyance complémentaire frais de santé et/ou incapacité de travail soit facultative, il y a lieu de considérer que le régime présente bien un caractère obligatoire, "l'employeur" étant tenu par la décision de l'agent de participer au financement.

Ainsi, les participations du CDG ou des collectivités seront éligibles au régime social de faveur malgré la faculté d'adhésion, sous réserve de respecter l'ensemble des autres conditions notamment celle relative au caractère collectif qui est apprécié au regard de plusieurs critères.

II/ Sur le caractère collectif au regard des bénéficiaires

Les garanties de prévoyance complémentaire et de frais de santé doivent bénéficier à titre collectif à l'ensemble des agents ou à une ou plusieurs catégories d'entre eux. Dans ce cas, les catégories retenues doivent permettre de couvrir tous les agents que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Pour la convention de participation santé, peuvent adhérer **les agents en activité de service** ainsi que les agents mis à disposition des collectivités et des établissements publics adhérents.

Il faut rappeler qu'aux termes de l'article 12 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, "le fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes : activité, détachement, disponibilité, congé parental.

Il faut aussi noter que l'article 33 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat dispose que "l'activité est la position du fonctionnaire qui, titulaire d'un grade, exerce effectivement les fonctions de l'un des emplois correspondant à ce grade dans les administrations de l'Etat, les autorités administratives indépendantes et les établissements publics administratifs de l'Etat"

Il en ressort que la notion d'agents en activité de service, qui vise sans doute à exclure du financement les "retraités", a pour conséquence d'exclure les agents ne relevant pas de la fonction publique et certains agents placés dans des situations particulières (congé parental, détachement syndical par exemple).

Dès lors, le régime santé proposé ne peut pas être considéré comme étant collectif.

Pour la convention de participation prévoyance, peuvent adhérer les agents titulaires, stagiaires, non titulaires de droit public et agents de droit privé en activité de service.

Bien que le champ d'application soit plus large que pour la convention de participation santé, une réserve sur le caractère collectif peut être posée.

III/ Sur le caractère collectif au regard des garanties

Les garanties offertes par le régime doivent être les mêmes pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

L'identité des garanties est appréciée au niveau de chaque catégorie de salariés.

Toutefois, il est possible de prévoir des garanties plus favorables pour certains salariés en fonction des conditions d'exercice de leur activité, sans pour autant remettre en cause le caractère collectif du régime.

Dans ce cas, l'employeur doit justifier du lien entre le caractère particulier de l'activité des salariés auxquels ces garanties sont réservées et la nature des garanties en cause.

En matière de prévoyance, deux dispositifs de prestations sont proposés au choix de l'agent. Chacune des formules comporte des garanties obligatoires et une série de garanties optionnelles.

Dès lors, le régime prévoyance proposé ne peut pas être considéré comme étant collectif.

Il faut également noter que parmi les garanties optionnelles proposées certaines ne peuvent pas être qualifiées de "complémentaires".

Il est rappelé que pour pouvoir bénéficier de l'exonération, les garanties financées par l'employeur au bénéfice des salariés, doivent concerner des prestations complémentaires ou supplémentaires à celles servies par les régimes de base (maladie, maternité, décès, accident du travail).

Les garanties doivent être en lien avec le régime de base, sans pour autant devoir s'y superposer totalement. Ainsi les garanties d'assistance lorsqu'elles sont directement liées à des situations d'hospitalisation, d'incapacité, d'invalidité ou de décès (véhicule médical, médicaments à domicile, aide-ménagère, adaptation du domicile...) revêtent le caractère de prestation de prévoyance complémentaire. Ce critère de la complémentarité au regard des risques couverts est exclusif.

Les contributions destinées à financer des prestations autres que la prévoyance n'entrent pas dans le champ de l'exonération de cotisations. Dans la situation exposée certains services associés ne peuvent être considérés comme complémentaires. Leur financement n'est pas distingué. Ce point est susceptible d'influencer le régime social du financement patronal d'un régime de prévoyance "complémentaire".

En matière de santé, les conditions générales du contrat collectif n'ont pas été transmises. Toutefois, les conventions de participation signées avec le même groupe VYV dans d'autres régions proposent systématiquement plusieurs formules au choix des agents pour tenir compte "de niveaux de garanties adaptés à leurs besoins et à leur budget".

IV/ Sur le caractère collectif au regard de la contribution

Le caractère collectif s'apprécie également au regard du montant de la contribution qui être fixée à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des agents ou pour tous ceux d'une même catégorie objective. Toutefois, par exception, le caractère collectif n'est pas remis en cause en cas de modulation en fonction de la composition de la famille.

Ce point ne peut pas être examiné, le financement par chaque structure étant subordonné à une future délibération.

V/ Conclusion

Le caractère collectif au regard des garanties n'est pas respecté tant concernant le risque que le régime de prévoyance complémentaire.

Ce point est suffisant pour en conclure que les conditions et limites d'exonération ne sont pas respectées.

Il n'est pas nécessaire de retenir les réserves relatives à l'absence de complémentarité ou les possibles exclusions liées au fait que le financement ne concerne que les "agents en activité de service".

Le régime social des participations des collectivités au financement de la protection sociale complémentaire (prévoyance et/ou santé) de ses agents est le suivant :

- pour les agents relevant de la CNRACL : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels)
- pour les agents relevant du régime général : assujettissement à la CSG et à la CRDS (sans abattement de 1,75 % pour frais professionnels) et aux cotisations de Sécurité sociale dans les conditions et aux taux de droit commun. Le forfait social au taux de 8 % n'est pas dû, quel que soit l'effectif de la collectivité.