

Protection sociale complémentaire et exonération de l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale

Source : **Bulletin officiel de la Sécurité sociale** (site officiel : <https://boss.gouv.fr/portail/accueil/protection-sociale-complementair.html#titre-chapitre-3---conditions-relative>)

Éléments présentés :

Participation de l'employeur à la couverture des ayant-droits : [Chapitre 4, Section 1, partie B](#)

Limites d'exclusion de l'assiette des contributions des employeurs à la protection sociale complémentaire :

[Chapitre 1 , Section 2, partie A.2](#)

Caractère responsable et Panier ANI à respecter : [Chapitre 2, Section 2, partie B](#)

Cas de dispenses : [Chapitre 4, Section 2 A](#)

Caractère collectif : [Chapitre 5, Section 1](#)

Catégories objectives : [Chapitre 5 , Section 2](#)

Suspension de contrat de travail : [Chapitre 6](#)

Version en vigueur au 01/07/2022

Protection sociale complémentaire

Traitement social des contributions des employeurs au financement de la retraite supplémentaire et de la prévoyance complémentaire collectives et obligatoires

Important

Cette rubrique est en consultation publique. Vos remarques et questions peuvent être transmises jusqu'au 15 mai 2022 inclus. Ces remarques doivent être formulées par courriel adressé à l'adresse suivante : boss@sante.gouv.fr. Seules les contributions signées seront examinées. La présente rubrique, après éventuelles modifications, entrera en vigueur le 1er juillet 2022.

[Consultez l'actualité](#) qui présente en détail cette nouvelle rubrique.

Chapitre 1 - Définition des contributions des employeurs exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale

- 10 Afin d'encourager les employeurs à développer, au profit de leurs salariés, le financement de garanties de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, les contributions qu'ils versent à ce titre bénéficient d'une exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Le champ des garanties pour lesquelles ces contributions sont exemptées peut inclure :

- des prestations de retraite qui complètent les régimes d'assurance vieillesse obligatoire de base et les régimes complémentaires de retraite à affiliation légalement obligatoire ;
- des prestations de prévoyance destinées à couvrir les risques décès, d'incapacité de travail ou d'invalidité, d'inaptitude et de maladie, maternité et de chômage.

- 20 Constituent des contributions de l'employeur toutes les sommes versées à un organisme habilité pour couvrir ces garanties, destinées à financer des prestations de retraite supplémentaire ou de prévoyance complémentaire, quelle que soit leur dénomination (cotisations, dotations, subventions, soultes, appels de fonds ou refacturation ...) et qu'elles aient ou non pour objet de financer la création de droits nouveaux.

S'agissant des dispositifs de retraite supplémentaire, les contributions versées par les employeurs peuvent avoir pour objet de financer des droits tant pour les salariés que pour les retraités.

- 30 Les prestations financées doivent venir en complément, au bénéfice des salariés, des couvertures organisées en matière de retraite ou de prévoyance par les régimes de base et complémentaires. L'exclusion d'assiette est toutefois soumise à certaines conditions supplémentaires. Elle est admise uniquement dans certaines limites en termes de montants. En outre, les contributions de l'employeur ne doivent pas se substituer à un élément de rémunération du salarié.



Texte de référence : [article L. 242-1 4° du code de la sécurité sociale](#) 

Section 1 - Principe général d'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale

A. Principe général d'assujettissement des contributions des employeurs au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire

- 40 Les contributions des employeurs au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire qui remplissent les conditions définies ci-dessous sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale de chaque assuré, à hauteur de limites différentes pour la retraite supplémentaire d'une part et la prévoyance complémentaire d'autre part.

Ces contributions sont assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG) ainsi qu'à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Elles ne peuvent donner lieu à l'application de l'abattement au titre des frais professionnels. Elles sont en outre assujetties au forfait social aux taux applicables en fonction de la nature des garanties dans les conditions suivantes :

Type de contributions	Taux de forfait social
Contributions destinées au financement d'un régime de retraite supplémentaire	20 %
Contributions destinées au financement d'un régime de retraite supplémentaire qui prévoit que l'allocation de l'épargne est affectée à l'acquisition de parts de fonds comportant au moins 10 % de titres susceptibles d'être employés dans un plan d'épargne en actions destiné au financement des petites et moyennes entreprises et des entreprises de taille intermédiaire	16 %
Contribution destinées au financement de la prévoyance dans les entreprises de 11 salariés et plus	8 %
Contribution destinées au financement de la prévoyance dans les entreprises de moins 11 salariés	0 %



Textes de référence : [articles L. 136-2,](#) [L. 137-15](#) et [et L.137-16 du code de la sécurité sociale](#)

B. Condition de non-substitution à un élément de rémunération

- 60 Le bénéfice de l'exclusion d'assiette est subordonné au fait que les contributions des employeurs ne se substituent pas à d'autres éléments de rémunération soumis à cotisations en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et versés au cours des douze derniers mois.

Par conséquent, la contribution de l'employeur destinée au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire qui serait versée pour la première fois moins de douze mois après le dernier versement d'un élément de rémunération supprimé en tout ou partie depuis (prime soumise à cotisations par exemple), doit être intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

La contribution bénéficie de nouveau de l'exclusion d'assiette si l'entreprise rétablit pour l'avenir l'élément de rémunération ainsi supprimé.

- 70 Ce principe de non-substitution s'applique aux systèmes de garanties de retraite supplémentaire ou de prévoyance complémentaire créés après le 31 décembre 2004.

La date de création d'un système de garanties correspond, selon les cas, à la date de conclusion de la convention, de l'accord collectif ou de l'avenant l'instituant, à celle de la ratification par la majorité des intéressés de l'accord proposé par le chef d'entreprise ou à celle de la décision unilatérale du chef d'entreprise.

Exemple :

A l'égard d'une contribution dont le premier versement intervient le 15 juin 2022, il convient de vérifier qu'aucun élément de rémunération soumis à cotisations en tout ou partie supprimé n'a été versé avec des montants équivalents par salariés pour la dernière fois entre le 16 juin 2021 et le 15 juin 2022.

Des salariés ont perçu entre le 1er octobre 2021 et le 30 septembre 2022 une prime mensuelle de technicité d'un montant de 60 euros. A compter du 1er octobre 2022, ils ont reçu 20 euros au titre de cette prime mensuelle de technicité. Par ailleurs, l'employeur verse une contribution de retraite supplémentaire de 45 euros. Dans cet exemple, la totalité de la contribution au régime de retraite supplémentaire doit être réintégrée dans l'assiette des cotisations sociales.



Texte de référence : [article L. 242-1 du code de la sécurité sociale](#)

Section 2 - Modalités de calcul des limites d'exclusion de l'assiette des contributions des employeurs à la protection sociale complémentaire

A. Rémunération et plafond à prendre en compte pour le calcul de la limite

1. Rémunération à prendre en compte

L'exclusion de l'assiette de cotisations n'est admise que dans la limite d'un certain montant, défini en fonction de la rémunération du salarié.

La rémunération du salarié prise en compte correspond à l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

90 Ainsi, les contributions de l'employeur pour le financement de garanties collectives et obligatoires et bénéficiant de cette exclusion d'assiette ne sont elles-mêmes pas prises en compte.

100 Toutefois, certaines participations des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, qui sont soumises à cotisations de sécurité sociale, ne sont pas prises en compte :

- les contributions versées pour le financement de la retraite supplémentaire et/ou de la prévoyance complémentaire à caractère facultatif ;
- la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations à un régime de retraite complémentaire obligatoire ;
- la part des contributions de l'employeur pour le financement d'un régime de prévoyance complémentaire qui excède les limites de l'exclusion d'assiette.

Cette liste n'est pas limitative.

110 La fraction des contributions excédant la limite doit être intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale et n'est dès lors pas assujettie au forfait social.

2. Plafond à prendre en compte

120 La limite de l'exclusion d'assiette est un montant forfaitaire, commun à tous les salariés, exprimé en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Ce montant n'est donc pas proratisé en fonction de la rémunération du salarié.

 Textes de référence : [Article R. 242-2 du code de la sécurité sociale](#)  et [lien vers la fiche Assiette générale \(Boss\) paragraphes 1160 à 1190](#) 

B. Calcul des limites d'exclusion d'assiette des contributions des employeurs à la retraite supplémentaire

130 Le montant annuel des contributions des employeurs est exclu de l'assiette des cotisations de sécurité sociale pour sa part n'excédant pas la plus élevée des deux limites suivantes :

- 5 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale (cf. A) ;
- 5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de cinq fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale.

Exemple :

Au titre de 2022, la rémunération d'un salarié assujettie à cotisations de sécurité sociale est égale à 24 000 €. Cette rémunération n'intègre aucune contribution de retraite et de prévoyance soumise aux cotisations de sécurité sociale. Elle est inférieure à cinq fois le montant du plafond de la sécurité sociale. La rémunération à prendre en compte est donc de 24 000 €.

5 % du montant de la rémunération du salarié équivaut à 1 200 €. La rémunération étant inférieure à cinq fois le PASS, il convient de retenir la limite de 5 % du PASS (soit 5 % x 41 136 € = 2 057 € en 2022). La contribution de l'employeur au titre de sa protection sociale complémentaire est donc exclue de l'assiette des cotisations sociales dans la limite annuelle de 2 057 €.

Exemple :

Au titre de 2022, l'assiette des cotisations de sécurité sociale pour un salarié est égale à 90 000 € dont 88 000 € représentent la rémunération du salarié et 2 000 € le montant des contributions de l'employeur à un système de garanties facultatif ou ne présentant pas de caractère collectif, intégrées dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

La rémunération à prendre en compte pour le calcul de la deuxième limite d'exclusion d'assiette est donc de 88 000 €. Elle est retenue en totalité car elle est inférieure à cinq fois le PASS.

5 % du montant de la rémunération, soit 4 400 € (88 000 € x 5 %), étant supérieur à 5 % du plafond de la sécurité sociale (2 057 € en 2022), la limite d'exclusion d'assiette à retenir pour le salarié est de 4 400 €.

Exemple :

Au titre de 2022, l'assiette des cotisations de sécurité sociale pour un salarié est égale à 210 000 €.

Cette rémunération n'intègre aucune contribution de retraite et de prévoyance soumise aux cotisations de sécurité sociale. Elle est supérieure à cinq fois le PASS. Pour le calcul de la limite d'exclusion d'assiette, la rémunération doit donc être retenue à hauteur de cinq fois le montant du PASS, soit 205 680 € en 2022. La limite d'exclusion à retenir pour le salarié est donc de 10 284 € (205 680 x 5 %).

 Texte de référence : [Article D242-1 du code de la sécurité sociale](#) 

2. Modalités particulières de financement

a) Compte-épargne temps

- 140 Les sommes issues d'un compte épargne-temps qui sont la contrepartie d'un abondement en temps ou en argent par l'employeur, versées en application d'une convention ou d'un accord collectif à un système de garanties de retraite supplémentaire collectif et obligatoire, sont assimilées à une contribution de l'employeur.

En conséquence, ces montants doivent être pris en compte lors du calcul des limites d'exclusion d'assiette de cotisations.

Exemple :

Au titre de 2022, pour une contribution de l'employeur à la retraite supplémentaire, la limite d'exclusion d'assiette de cotisations de sécurité sociale à retenir, compte-tenu de la rémunération du salarié, est de 2 057 €.

L'employeur verse 1 100 € à un système de garanties de retraite supplémentaire collectif et obligatoire.

Le salarié verse à ce même système de garanties de retraite supplémentaire une somme de 1 000 € issue d'un compte épargne temps et correspondant à un abondement en temps ou en argent de l'employeur.

Le total des versements (1 100 € + 1 000 € = 2 200€) excède la limite d'exclusion égale à 2 057€. Cette fraction de 143 € doit donc être intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

 Texte de référence : [Article L3152-4 du code du travail](#) 

b) Abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) ou d'un plan d'épargne pour la retraite d'entreprise collectif (PERECO)

- 150 Les sommes qui correspondent à un abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) ou à un plan d'épargne retraite d'entreprise collectif tel que résultant du code monétaire et financier (PERECO) sont exclues de l'assiette de cotisations dans la limite de 16 % du PASS par an.

 Texte de référence : [Article L224-14 du code monétaire et financier](#) 

- 160 Ces abondements sont également assimilés à une contribution de l'employeur à la retraite supplémentaire. Ils doivent donc être pris en compte pour l'appréciation de la limite d'exclusion d'assiette pour les contributions au titre des autres garanties. Ainsi, si la contribution de l'employeur à un PERCO ou un PERECO excède 5 % du PASS, elle est exonérée. En revanche, les autres contributions au financement de garanties de retraite supplémentaire de l'employeur sont, elles, assujetties, le plafond de 5 % ayant été déjà atteint par la contribution de l'employeur à un plan d'épargne retraite (PER).

Exemple :

La limite d'exclusion de l'assiette de cotisations applicable à un salarié s'élève, compte tenu de sa rémunération, à 2 057 € en 2022.

Si l'employeur verse pour cette année un abondement de 500 € sur le PERCO de ce salarié, la limite d'exclusion qui lui est applicable, cette même année, au titre du système de garanties de retraite supplémentaire est alors égale à 1 557 € (2 057 € – 500 €).

Alternativement, si l'employeur verse, en 2022, un abondement de 2 200 € sur le PERCO de ce salarié, la limite d'exclusion qui lui est applicable, pour cette même année, au titre du système de garanties de retraite supplémentaire est alors nulle (2 200 € > 2 057 €).

Par conséquent, s'il verse dans ce cas des contributions de retraite supplémentaire, celles-ci sont alors intégralement soumises aux cotisations de sécurité sociale. L'abondement de l'employeur au PERCO demeure exclu de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

 Textes de référence : [Article L242-1 4° a\) du code de la sécurité sociale](#) , [article L3332-11](#) , [article L3334-6](#) , [article R3334-1](#)  et [article R3334-2 du code du travail](#) 

C. Calcul des limites d'exclusion applicables aux contributions des employeurs à la prévoyance complémentaire

- 170 Le montant annuel des contributions des employeurs au financement de prestations de prévoyance complémentaire est exclu de l'assiette des cotisations de sécurité sociale pour sa part n'excédant pas la somme des deux limites suivantes :
- 6 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale (cf. section 1) ;
 - 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale.

- 180 Le total ainsi obtenu ne peut cependant excéder 12 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale.

Exemple :

Au titre de 2022, la rémunération d'un salarié assujettie à cotisations sociales s'élève à 24 000 €. Cette rémunération n'intègre aucune contribution de retraite et de prévoyance soumise aux cotisations de sécurité sociale. De plus, elle est inférieure à cinq fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

La somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale (2 468 €) et de 1,5 % de la rémunération (360 €) est égale à 2 828 €. Ce montant étant inférieur à 12 % du plafond de la sécurité sociale (4 936 € en 2022), la limite d'exclusion d'assiette applicable à ce salarié en 2022 est donc de 2 828 €.

Exemple :

Au titre de 2022, la rémunération d'un salarié assujettie à cotisations sociales s'élève à 40 000 € dont 3 000 € représentent des contributions de l'employeur au financement de prestations de retraite à adhésion facultative.

La rémunération à prendre en compte pour le calcul de la limite d'exclusion est donc de 37 000 € (40 000 € - 3 000 €).

La somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale (2 468 €) et de 1,5 % de la rémunération prise en compte (555 €) est égale à 3 023 €. Ce montant étant inférieur à 12 % du plafond de la sécurité sociale (4 936 € en 2022), la limite d'exclusion d'assiette applicable au salarié en 2022 est de 3 023 €.

Exemple :

Au titre de 2022, la rémunération d'un salarié assujettie à cotisations sociales s'élève à 200 000 €.

Cette rémunération n'intègre aucune contribution de retraite et de prévoyance soumise aux cotisations de sécurité sociale. Elle est donc retenue pour sa totalité pour le calcul de la limite d'exclusion d'assiette.

La somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale (2 468 €) et de 1,5 % de la rémunération (3 000 €) est égale à 5 468 €. Ce montant étant supérieur à 12 % du plafond de la sécurité sociale (4 936 € en 2022), la limite d'exclusion d'assiette applicable au salarié en 2022 est de 4 936 €.

Chapitre 2 - Champ des prestations de retraite supplémentaire et de prestations complémentaire de prévoyance bénéficiant des dispositions d'exclusion d'assiette

- 190 Seules peuvent bénéficier de l'exclusion d'assiette des cotisations de sécurité sociale les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire définies au présent chapitre. Pour bénéficier de cette exclusion, ces prestations doivent être versées aux bénéficiaires directement par un des organismes tiers suivants : institution de prévoyance, institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS), mutuelle, entreprise d'assurance ou gestionnaire d'un plan d'épargne retraite.

 Textes de référence : [Article L. 242-1](#), [article L. 941-1](#), [article D. 242-1 du code de la sécurité sociale](#), [code de la mutualité](#), [code des assurances](#) et [code monétaire et financier](#)

Section 1 - Champ des prestations de retraite supplémentaire concernées

- 200 Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de retraite supplémentaire sont toutes les contributions finançant des prestations de retraite complétant celles servies par les régimes d'assurance vieillesse obligatoire de base et les régimes complémentaires de retraite à affiliation légalement obligatoire.

Pour être exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, les contributions de retraite supplémentaire doivent répondre à des conditions relatives à la nature des opérations de retraite financées.

A- Objet du contrat

- 210 Les contrats souscrits ont pour objet l'acquisition et la jouissance de droits viagers personnels payables à l'assuré au plus tôt à compter de la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse (de base ou complémentaire) ou à l'âge de 62 ans :
- soit par l'acquisition d'une rente viagère différée (annuelle ou mensuelle). Les droits sont exprimés en euros ;
 - soit par la constitution d'une épargne qui sera obligatoirement convertie en rente viagère ;
 - soit dans le cadre d'une opération dont les droits sont exprimés en unités de rente. Ces contrats donnent lieu à l'acquisition par l'assuré d'un certain nombre de points de retraite lui permettant d'acquérir une rente. Au moment du départ en retraite, cette rente est égale au produit du nombre de points acquis par la valeur de service du point retraite.

B- Garanties complémentaires

- 220 Les contrats peuvent prévoir des garanties complémentaires en cas de décès de l'adhérent avant ou après la date de mise en service de la rente viagère, ainsi qu'en cas d'invalidité ou d'incapacité. Ces garanties peuvent prendre la forme :

- soit d'un capital ;
- soit d'une rente viagère (pension de réversion, par exemple).

C- Facultés de rachat

- 230 Il n'est pas possible de prévoir une faculté de rachat, même partielle, dans le contrat. Toutefois, les rachats des rentes sont admis lorsque les quittances d'arrérage ne dépassent pas 40 euros et dans certains cas précis, notamment en cas de décès du conjoint du titulaire ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, de surendettement du titulaire ou de l'expiration de ses droits à l'assurance chômage.
- 240 Le bénéfice de l'exclusion d'assiette de cotisations sociales est remis en cause lorsque la liquidation du régime de retraite supplémentaire est assimilable à une sortie partielle en capital. Ainsi, les versements de rentes dites « variables » ou « par paliers » ayant pour effet soit de liquider une fraction significative des droits viagers sur une très courte période, soit au contraire de différer cette liquidation à une date très tardive sont assujetties à cotisations sociales.


D- Faculté de transfert

- 250 Le contrat doit prévoir, au bénéfice de l'assuré qui n'est plus tenu d'y adhérer, la faculté de transférer ses droits soit vers un plan d'épargne retraite populaire, soit vers un autre contrat de retraite supplémentaire collectif et obligatoire soit vers un contrat « Madelin » ouvert aux non-salariés.

La notice qui doit être établie par l'entreprise d'assurance, l'institution de prévoyance ou la mutuelle et remise par l'employeur aux salariés, détaille les modalités d'exercice de ce transfert.

- 260 Les plans d'épargne retraite d'entreprise mentionnés aux articles L. 224-23 et L. 224-27 du code monétaire et financier sont transférables dans les conditions prévues à l'article L. 224-6 de ce code.

Cette faculté de transfert n'est pas exigée pour les opérations de retraite régies par l'article L. 441-1 du code des assurances, par l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou par l'article L. 222-1 du code de la mutualité (régimes dits "de branche 26") lorsqu'elles ont été créées avant le 1er janvier 2005.

 Textes de référence : [Articles L. 634-2-1](#), [L. 932-6](#), [et D. 242-1 du code de la sécurité sociale](#), [articles L. 144-2](#), [et L. 141-4 du code des assurances](#), [article L. 221-6 du code de la mutualité](#) et [article 5 du décret n° 2005-435 du 9 mai 2005](#).

Section 2 - Champ des prestations complémentaires de prévoyance concernées

A- Champ de la prévoyance complémentaire

- 270 Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance sont les contributions finançant des prestations complémentaires destinées à couvrir les risques décès, portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, d'incapacité de travail ou d'invalidité, d'inaptitude et de maladie, de maternité et de chômage.

Sont également assimilées à des contributions de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance les contributions destinées au financement de prestations dépendance ou de proche aidant.

- 280 Le contrat peut prévoir la portabilité de ces garanties, c'est-à-dire leur maintien, pour une période limitée après la cessation du contrat de travail. Si le financement de ce maintien est effectué de manière distincte, les sommes correspondantes sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans les mêmes conditions que le financement des garanties qui sont prolongées et auxquelles elles sont rattachées.

- 290 Lorsqu'une prestation ne constitue pas une prestation de prévoyance complémentaire, la contribution de l'employeur destinée à son financement doit être intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Il appartient à l'organisme assureur de fournir à l'employeur les éléments permettant de distinguer la part de la cotisation finançant cette prestation.

1°– Contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires

- 300 Les prestations de prévoyance sont, quelle que soit leur dénomination, les capitaux décès et les allocations d'obsèques, les rentes de conjoint survivant, les rentes d'orphelin, les rentes ou capitaux d'invalidité, les remboursements de frais de santé, et les indemnités journalières complémentaires qui interviennent postérieurement aux périodes pendant lesquelles l'employeur est tenu de maintenir le salaire en application de la loi du 19 janvier 1978 sur la mensualisation ou d'un accord collectif ayant le même objet.

Pour déterminer si les garanties, sont des prestations de prévoyance complémentaire il convient de considérer prioritairement si un lien avec les risques couverts par les régimes de base de sécurité sociale peut être établi.

Exemple :

Ainsi, une allocation versée à l'occasion d'une naissance revêt le caractère de prestation de prévoyance complémentaire, une telle allocation pouvant être rattachée au risque maternité.

Le même raisonnement vaut à l'égard de l'allocation versée en cas d'adoption. En revanche une allocation versée en cas de mariage n'est pas une prestation de prévoyance complémentaire.

De même, une allocation forfaitaire versée en cas d'hospitalisation est une prestation de prévoyance complémentaire si cette allocation est destinée à couvrir des frais non pris en charge par l'assurance maladie (forfait hospitalier, chambre individuelle, par exemple).

- 310 Constituent également des prestations de prévoyance complémentaire les garanties d'assistance lorsqu'elles sont directement liées à des situations d'hospitalisation, d'incapacité, d'invalidité ou de décès. Ces prestations peuvent avoir pour objet :
- soit d'offrir aux assurés des prestations de nature médicale (mise à disposition d'un véhicule médical, envoi d'un médecin ou d'un infirmier, etc.) ou d'en faciliter la délivrance (délivrance de médicaments à domicile, acheminement de médicaments à l'étranger, etc.) ;
 - soit de garantir des prestations similaires à celles admises dans le cadre des contrats couvrant le risque dépendance (impossibilité d'accomplir seul des actes de la vie quotidienne : se lever, se laver, s'habiller, préparer les repas ...) : aide-ménagère, aide familiale, adaptation du domicile. La dépendance se caractérise par l'impossibilité d'accomplir seul des actes de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, préparer les repas...)
- 320 A contrario, ne constitue pas une prestation de prévoyance complémentaire la couverture des frais de recherche et de secours en mer, sur terre, sur piste ou en montagne.
- 330 Il est néanmoins admis que, lorsqu'un petit nombre de garanties d'assistance sont indissociables d'un ensemble couvrant des garanties éligibles à l'exclusion d'assiette et que la contribution patronale correspondante est inférieure à 10 € par an et par salarié, cette contribution puisse bénéficier de l'exclusion d'assiette.
- 340 S'agissant de la couverture du risque d'inaptitude professionnelle (retrait du permis de conduire ou la perte de licence des pilotes de l'aviation civile ou des sportifs), elle constitue une prestation de prévoyance complémentaire si elle répond à certains critères : limitation au retrait pour raisons médicales, bénéfice de la prestation subordonnée à certaines conditions.
- 350 La Cour de cassation a ainsi considéré que les articles L. 911-1 et L. 911-2 du code de la sécurité sociale définissant les garanties collectives comme étant celles qui ont notamment pour objet de prévoir au profit des salariés, la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne, des risques d'incapacité de travail ou d'incapacité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, la rente susceptible d'être transformée en capital alloué à l'ancien joueur se trouvant en situation d'inaptitude permanente et totale de pratiquer le rugby pour raison de santé constitue bien une contribution de l'employeur au financement de prestations de prévoyance complémentaire au sens de ceux-ci.



Texte de référence : [Cass.Soc. décision en date du 6 juillet 2017 \(n° 16-17.959\)](#)

2° – Contributions de l'employeur destinées au financement de prestations dépendance ou de proche aidant

- 360 Les contributions destinées au financement de prestations dépendance au profit du salarié ou de son conjoint ou encore des prestations destinées à maintenir un revenu pour les proches aidant sont également assimilées à des contributions de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance dans les mêmes conditions.

La dépendance se caractérise par l'impossibilité d'accomplir seul des actes de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, préparer les repas...). La prestation dépendance peut prendre la forme d'une prestation en espèces, mais également d'une prise en charge du financement notamment d'une aide à domicile, de l'aménagement du domicile ou bien encore de l'accueil en établissement spécialisé.

B - Nature des garanties portant sur la prise en charge de frais de santé

- 380 Les contributions des employeurs destinées au financement des garanties de frais de santé de leurs salariés bénéficient de l'exclusion d'assiette des cotisations de sécurité sociale à la condition qu'elles portent sur des contrats dits « solidaires et responsables » au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

390

Important

Adaptation des contrats d'entreprise au nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables

Depuis le 1er janvier 2020, les conventions de branche ou les accords professionnels permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale doivent être conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code qui définissent un nouveau cahier des charges des contrats dits « solidaires et responsables ». A défaut les entreprises ne peuvent pas bénéficier de l'exclusion de l'assiette de cotisations applicable à leurs contributions au financement des garanties de frais de santé proposées à leurs salariés.

La conformité avec le cahier des charges du contrat solidaire et responsable est appréciée au regard de l'acte instituant les garanties au sein de l'entreprise (accord d'entreprise, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur, convention collective ou accord de branche applicable). Le bénéfice de l'exclusion d'assiette n'est pas remis en cause lorsque le contrat

conclu sur le fondement d'un accord d'entreprise, d'un accord référendaire ou d'une décision unilatérale de l'employeur est conforme au nouveau cahier des charges du contrat solidaire et responsable mais n'est pas conforme à un accord de branche ou à une convention collective.

Pour être conformes au nouveau cahier des charges, les actes instituant les garanties au sein de l'entreprise sont adaptés :

- au 1er janvier 2020 pour les dispositifs d'optique médicale et certains soins prothétiques dentaires précisés par décret ;
- au 1er janvier 2021 pour les dispositifs d'aides auditives et certains soins prothétiques dentaires précisés par décret.

Les accords d'entreprises, les accords référendaires ou les décisions unilatérales de l'employeur qui opèrent par renvoi au cahier des charges du contrat solidaire et responsable ou aux garanties du contrat souscrit par l'employeur n'ont pas à être remis en cause, dès lors que le contrat d'assurance a lui-même été mis en conformité.

1° Panier minimum de garanties couvertes par le contrat

400 Les garanties des contrats solidaires et responsables couvrent à titre obligatoire la prise en charge de la participation de l'assuré aux frais de santé : pour les soins de ville, sauf pour quelques exceptions présentées ci-dessous (médicaments à service médical rendu faible ou modéré qui ne sont pas obligatoirement couverts, homéopathie et cures thermales) et pour les frais d'hospitalisation dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100 % santé dans la limite des prix limite de vente (pour l'optique et les audioprothèses) ou des honoraires limites de facturation (pour le dentaire).

La prise en charge obligatoire par les contrats solidaires et responsables de la participation de l'assuré pour les soins de ville et les frais d'hospitalisation impose que le bénéfice de ces garanties soit ouvert pendant toute la période couverte par le contrat.

Ce bénéfice ne peut être reporté en particulier à l'issue d'une période cotisée pendant laquelle l'assuré ne serait pas couvert par ces garanties (délai de carence, clause de stage, franchise de prise en charge etc.).

Pour les soins de ville, les garanties des contrats solidaires et responsables couvrent, à titre obligatoire, l'intégralité de la participation de l'assuré (on parle de « ticket modérateur ») sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (on parle de « tarif de responsabilité » ou tarif « opposable ») pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, sous réserve des exceptions listées ci-dessous et des périodicités de prise en charge.

410 Par ailleurs, ne peuvent être pris en charge au titre des contrats solidaires et responsables :

- la majoration de la participation de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins ;
- les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire et la franchise mentionnées aux II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ne peuvent pas non plus être prises en charge.

Postes de soins couverts obligatoirement par le contrat	Postes de soins couverts à titre facultatif par le contrat
<ul style="list-style-type: none"> • les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé ; • les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65% ; • les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dentofaciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100% santé) ou non ; 	<ul style="list-style-type: none"> • les frais de cure thermale • les préparations homéopathiques • les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30 ou 15%

420 Pour les frais d'hospitalisation, les garanties des contrats solidaires et responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité :

- du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 24 euros et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- du forfait journalier hospitalier (facturé par les établissements de santé, à l'exclusion des établissements médico-sociaux comme les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)) ;
- de la participation due par les assurés en cas de passage dans une structure des urgences non suivi d'hospitalisation (« forfait patient urgences »).

430 Les garanties des contrats solidaires et responsables couvrent également à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % santé » :

- en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit « 100% santé ») fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.;
- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit « 100% santé ») fixés par la LPP ;
- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

2° Garanties supérieures prévues au contrat : prise en charge des dépenses de santé au-delà du ticket modérateur et prise en charge des équipements d'optique médicale et des aides auditives autres que 100% santé

a) Prise en charge des dépenses de santé au-delà du ticket modérateur

- 440 Il est possible que les garanties du contrat prévoient une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les honoraires, les tarifs ou les prix de vente excèdent le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, cette prise en charge est encadrée par certaines conditions.
- 450 Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-Co) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :
- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable ;
 - elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-Co), en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Le contrat peut prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques font l'objet d'une prise en charge.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. S'il n'est pas conventionné, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

- 460 S'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérent à un dispositif OPTAM/OPTAM-co, seule la première limite (100 % du tarif opposable) s'appliquera à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérent à ce dispositif.
- 470 Un contrat qui couvrirait uniquement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ne pourra être qualifié de « contrat responsable ».

b) Prise en charge des équipements d'optique médicale et des aides auditives autres que 100% santé

- 480 Le contrat peut proposer une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), dans le respect de certains planchers et plafonds.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture, dont le montant est limité à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le contrat peut également proposer une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), dans le respect d'un plafond de prise en charge de 1 700 euros par aide auditive.

Comme pour les équipements d'optique, le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le plafond n'inclut toutefois pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

 Texte de référence : [Annexe 2 de l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales](#) 

3° Respect d'une condition de périodicité pour le renouvellement des équipements d'optique médicale et des aides auditives

- 490 Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues notamment par la Liste des produits et des prestations (LPP) et la classification commune des actes médicaux. S'agissant plus spécifiquement des équipements d'optique médicale et des aides auditives, la périodicité minimale de renouvellement de leur prise en charge diffère selon certaines conditions.

Équipement d'optique médicale

Périodicité de renouvellement de l'optique médicale		
(panier de soins 100 % santé et autres que 100 % santé)		
	Principe	Dérogation
Assurés de 16 ans et plus	2 ans	1 an en cas d'évolution de la vue (dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP) pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture)

Périodicité de renouvellement de l'optique médicale (panier de soins 100 % santé et autres que 100 % santé)		
Assurés de moins de 16 ans	1 an	Période non opposable pour les verres en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Enfants jusqu'à 6 ans (en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur)	6 mois	-
Tous assurés ayant une évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement	Aucun délai	-

Aides auditives

510 Pour les aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé, les garanties des contrats doivent prévoir une prise en charge n'excédant pas une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition correspond à la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Chapitre 3 - Conditions relatives à la mise en place des garanties de protection sociale complémentaire

Section 1 - Modalités de mise en place des garanties dans l'entreprise

A- Dispositions à caractère général

520 Les prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire doivent, pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales, revêtir un caractère collectif et obligatoire tel que déterminé dans le cadre de l'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. En conséquence, ces garanties collectives sont mises en place :

- soit par voie de conventions ou d'accords collectifs ;
- soit à la suite de la ratification, à la majorité des intéressés, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ;
- soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

S'agissant des deux dernières modalités de mise en place, le projet d'accord ou la décision unilatérale ne peut donc pas être déterminé par le chef d'établissement s'il n'est pas le chef d'entreprise.

530 Le régime résultant d'un accord proposé par le chef d'entreprise ou d'une décision unilatérale du chef d'entreprise doit nécessairement être mis en place au niveau de l'entreprise et concerner tous les salariés de l'entreprise ou l'une ou plusieurs catégories objectives de salariés de l'entreprise, sans pouvoir se limiter aux salariés d'un seul établissement.



Texte de référence : [Article L. 911-1 du code de la sécurité sociale](#)

B- Dispositions particulières aux conventions et accords collectifs

540 Les garanties de retraite supplémentaire ou de prévoyance complémentaire peuvent être mises en place selon les différents types de conventions et accords collectifs prévus par le code du travail :

- accords interprofessionnels ;
- conventions de branche et accords professionnels ;
- conventions et accords de groupe, d'entreprise ou d'établissement.

Au regard du caractère collectif des systèmes de garantie de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, ces dispositions entraînent les conséquences suivantes s'agissant des règles de sécurité sociale :

a) accord d'entreprise

550 Les garanties mises en place par accord d'entreprise sont collectives si elles bénéficient à l'ensemble des salariés ou à une ou plusieurs catégories objectives de salariés de l'entreprise, tous établissements confondus.

Ainsi, sauf à remettre en cause son caractère collectif, un accord d'entreprise ne peut exclure certains établissements du bénéfice des garanties mises en place. De même, un accord d'entreprise décidant de conditions différentes selon les établissements contrevient au caractère collectif imposé par la loi.

Toutefois, lorsque certaines conventions collectives ont un champ d'application territorial limité, des règles différentes peuvent s'appliquer entre les établissements d'une même entreprise situés sur des territoires différents et régis par des conventions collectives différentes. Dans ce cas, le caractère collectif n'est pas remis en cause.

Compte tenu des règles générales de négociation prévues par le code du travail ([articles L.2232-11 à L. 2232-29-2](#)), un accord d'établissement peut ainsi préciser les règles applicables au système de garanties institué par l'accord d'entreprise.

b) accord de groupe

560 Lorsqu'un contrat de prévoyance complémentaire ou de retraite supplémentaire a été mis en place par un accord collectif de groupe d'entreprises, l'appréciation du caractère collectif se fait au niveau de chacune des sociétés composant ce groupe et ayant adhéré au régime.

 Textes de référence : [Articles L. 911-1](#), [et L. 911-5 du code de la sécurité sociale](#) et [articles L.2232-1 à L.2232-10-1 et L.2232-11 à L.2232-35 du code du travail](#)

C- Mise en place par référendum

570 Le projet de l'employeur, soumis préalablement à l'avis du comité social et économique de l'entreprise ou de l'établissement, doit être ratifié à la majorité des électeurs inscrits, et non des seuls votants. Sous peine de nullité, l'acte écrit doit contenir toutes les clauses obligatoires et aucune des clauses prohibées aux articles L. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.


Un système de garanties mis en place par cette procédure peut être révisé par un accord collectif.

 Texte de référence : [Cass. soc. 15 novembre 2011, n° 10-20.891](#)

D- Mise en place par décision unilatérale

580 La décision unilatérale doit être remise par écrit à chaque salarié. Comme pour le référendum, sous peine de nullité, l'acte écrit doit contenir toutes les clauses obligatoires et aucune des clauses prohibées aux articles L. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Un système de garanties mis en place par cette procédure peut être révisé soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise.

 Textes de référence : [Article L. 911-1](#), [article L. 911-5 du code de la sécurité sociale](#) et [Cass., 2e civ., 14 mars 2019, 18-12.380](#)

Section 2 - Pièces à produire lors d'un contrôle

590 Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, l'employeur doit produire, lors des opérations de contrôle, quelle que soit la date de mise en place des garanties, les éléments probants afférents aux modalités de mise en place des garanties :

A. Garanties mises en place par accord collectif ou après ratification d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise

600 Selon le cas, l'employeur doit produire une copie :

- soit de l'accord collectif et du récépissé de dépôt à la DREETS ;
- soit du projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et du procès-verbal de ratification.

B. Garanties mises en place par décision unilatérale de l'employeur

610 L'employeur doit :

- produire une copie de l'écrit remis aux salariés et actant la décision unilatérale ;
- justifier auprès de l'agent chargé du contrôle la modalité de remise de cet écrit aux salariés (document joint au bulletin de paie, remise en mains propres, envoi par courrier...).

620

Remarque

L'employeur est dispensé de produire ces éléments dans les cas d'extension par l'entreprise des niveaux de prestation prévus par une convention collective de branche, à niveau de cotisations identique.

En outre, dans tous les cas, l'employeur doit produire les éléments descriptifs complémentaires du système de garanties (par exemple contrat d'assurance) qui ne figurent pas dans les documents précédents.

 Textes de référence : [Article L. 243-7](#), [article L. 911-1](#) et [article R. 243-59 du code de la sécurité sociale](#)

Chapitre 4 - Caractère obligatoire des garanties mises en place

Section 1 - Principe général d'appréciation du caractère obligatoire

A- Couverture obligatoire des salariés, assimilés salariés et anciens salariés

630 Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales, les contributions des employeurs doivent financer des garanties auxquelles l'adhésion des salariés est obligatoire.

Par conséquent, sont obligatoirement couverts tous les salariés titulaires d'un contrat de travail, y compris les salariés employés par des employeurs n'ayant pas d'établissement en France.

640 En cas de suspension du contrat de travail du salarié, l'appréciation du caractère obligatoire et du caractère collectif des garanties s'effectue selon certaines modalités détaillées au [chapitre 6](#).

650 En matière de prévoyance, sont également obligatoirement couverts les anciens salariés ayant quitté leur entreprise pour une durée maximale de douze (12) mois à compter du départ du salarié de l'entreprise. Les garanties complémentaires sont maintenues à titre gratuit pour ces salariés. Dans ce cas, les contributions de l'employeur, au titre de cette portabilité, continuent de bénéficier de l'exclusion d'assiette de cotisations sociales.

B- Couverture des ayants droit

1- Couverture obligatoire ou facultative des ayants droit

660 Le dispositif de garanties peut prévoir la couverture obligatoire des ayants droit du salarié. La totalité de la contribution de l'employeur bénéficie alors de l'exemption d'assiette.

670 Il en est de même lorsque le dispositif prévoit une faculté de dispense de couverture des ayants droit dans le cadre des dispenses d'ordre public en matière de garanties de frais de santé détaillés à la [section 2 du présent chapitre](#).

680 Lorsque l'extension des garanties aux ayants droit est facultative, seule la part de la contribution de l'employeur destinée à financer les garanties des salariés bénéficie de l'exemption d'assiette. La part destinée au financement des garanties des ayants droit est assujettie à cotisations sociales.

2. Cas particulier des concubins, conjoints ou partenaires travaillant dans la même entreprise

690 Lorsque la couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des deux membres de l'union doit être affilié en propre, l'autre doit l'être en tant qu'ayant droit. Les contributions de l'employeur versées au bénéfice des concubins, conjoints ou partenaires, sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans les conditions prévues par la présente rubrique.

Lorsque la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément. Dans les deux cas, le caractère obligatoire n'est pas remis en cause et les contributions versées par l'employeur, soit pour l'union, soit pour chacun des membres de l'union, bénéficient de l'exclusion d'assiette.



Textes de référence : [Article R. 242-1-5](#), [article R. 242-1-6](#) et [article D. 911-3 du code de la sécurité sociale](#)

Section 2 - Exceptions : les dispenses d'adhésion

700 Sous certaines conditions, des dispenses d'adhésion des salariés aux garanties offertes par l'entreprise peuvent être admises. Dans ces cas spécifiques, les salariés peuvent choisir de ne pas adhérer au système de garanties proposé par l'entreprise sans remettre en cause le caractère obligatoire des garanties mises en place au sein de l'entreprise.

710 Sauf pour les cas de dispense d'ordre public, les dispenses d'adhésion des salariés doivent être explicitement prévues par l'acte qui régit les garanties, qu'il s'agisse de l'acte initial instituant les garanties ou des actes modificatifs ultérieurs.

A- Les motifs de dispenses admis

720 Les cas de dispense d'adhésion mentionnés ci-dessous sont d'ordre public. Ces dispenses s'appliquent de droit, y compris dans le silence de l'acte juridique mettant en place le régime de garanties. La dispense reste toutefois à l'initiative du salarié et doit donc être formulée par celui-ci ([voir le B de la présente section](#)).

1° Les cas de dispense applicables pour l'ensemble des garanties

a) Les salariés embauchés avant la mise en place d'un dispositif par décision unilatérale de l'employeur (DUE)

730 Ce cas de dispense d'adhésion obligatoire est prévu à l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin » et ne concerne que les systèmes de garanties établis par des DUE.

Toutefois, il pourra être admis que cette dispense s'applique également en cas de DUE modifiant un dispositif existant pour remettre en cause le financement intégral du dispositif par l'employeur. Dans ce cas, les salariés présents avant cette modification peuvent exercer leur faculté de dispense d'adhésion, sans que le caractère obligatoire des garanties soit remis en cause.

Il en va de même lors d'un transfert d'entreprise : lorsque les salariés de l'entreprise transférée n'étaient pas couverts à titre obligatoire avant le transfert, ils peuvent exercer leur faculté de dispense d'adhésion à un dispositif obligatoire mis en place par DUE dans l'entreprise d'accueil dès lors qu'ils étaient présents dans l'entreprise transférée au moment de cette mise en place.

b) les salariés en CDD ou à temps partiel et apprentis, dont la dispense d'adhésion est prévue par l'acte instituant les garanties

740 Le dispositif de garanties peut prévoir, quelle que soit leur date d'embauche, la dispense d'adhésion obligatoire :

- des salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission et des apprentis, avec l'obligation spécifique, pour ceux titulaires d'un contrat d'une durée au moins égale à douze mois, de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

2° Les cas de dispense spécifiques aux garanties frais de santé

750 L'accord collectif, le référendum ou la DUE instituant des garanties de prévoyance complémentaire en matière de santé peuvent prévoir, quelle que soit leur date d'embauche, la dispense d'adhésion obligatoire :

a) Des salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Dans ce cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, s'applique jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;

b) Des salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire. Ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;

- affiliation au régime local d'Alsace-Moselle ;

- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;

- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;

- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;

- complémentaires santé référencées ou labellisées dans la fonction publique dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;

- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin ».

Dans ce cas, la dispense s'applique jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de l'un de ces dispositifs.

Par ailleurs, un salarié affilié au régime de prévoyance collectif et obligatoire de son entreprise, qui opterait par la suite pour bénéficier du régime de prévoyance de son concubin, conjoint ou partenaire, au titre d'un des régimes cités précédemment, peut faire valoir, en tant qu'ayant droit, sa dispense d'adhésion au régime de son entreprise auquel il adhérerait jusqu'alors.

c) Des salariés couverts par une assurance individuelle de leurs frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors s'appliquer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la possibilité de dispense prend fin à la date de reconduction tacite. Dans ce cas, le salarié est alors obligé d'adhérer au système collectif de l'entreprise et de résilier le contrat individuel nouvellement reconduit dont il bénéficiait jusqu'alors.

Enfin, les salariés en CDD ou en contrat de mission dont la durée du contrat est inférieure ou égale à trois mois peuvent également solliciter une dispense, s'ils justifient qu'ils bénéficient d'une couverture complémentaire en matière de frais de santé couvrant toute la durée de leur contrat de travail respectant les conditions des « contrats solidaires et responsables ». Dans ce cas, l'employeur doit participer au financement de la couverture individuelle en matière de garantie de santé (voir encadré « versement santé » ci-dessous).

Exemple :

Un salarié est titulaire d'un CDD de 2 mois. Il peut se prévaloir de la dispense de droit même si l'acte mettant en place le régime frais de santé ne prévoit pas de dispense pour les CDD. Son employeur devra en outre participer au financement de sa couverture individuelle selon les modalités détaillées dans l'encadré « versement santé ».

760

Important

Versement santé : couverture complémentaire pour les contrats courts ou à temps très partiel

- Champ d'application du versement santé

Le versement santé est une aide individuelle à la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés en contrats courts ou à temps très partiel.

Ce versement de l'employeur se substitue au financement de la couverture collective et obligatoire sous réserve que les salariés concernés justifient être couverts par un contrat responsable. Les salariés devront produire une attestation de l'organisme auprès duquel ils ont souscrit un contrat de complémentaire santé.

Cette possibilité vise :

- D'une part les salariés sous contrat à durée déterminée ou sous contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à trois mois et les salariés à temps partiel dont la durée de travail est inférieure ou égale à 15 heures hebdomadaires.

L'employeur peut décider de la mise en place du versement santé au bénéfice des salariés concernés dans son entreprise par un accord de branche ou, en l'absence d'accord de branche, un accord d'entreprise. Dans ce cas, l'accord de branche prévoit une obligation d'assurer une couverture complémentaire de frais de santé et la portabilité des droits afférents pour les salariés concernés par ce dispositif. Il peut fixer des seuils inférieurs. Ce dispositif peut être mis en place par décision unilatérale de l'employeur, sauf si ces salariés sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire ;

- D'autre part, les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission :

* pour lequel la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois ;

*et ayant fait valoir la dispense d'adhésion de droit.

Pour l'appréciation de la durée de trois mois, il est tenu compte d'un éventuel renouvellement du contrat.

Lorsque deux contrats chacun d'une durée inférieure à trois mois se succèdent et que la durée globale des deux contrats est supérieure à trois mois, le versement santé est dû uniquement au titre du premier contrat.

Lorsque plusieurs CDD sont conclus avec le même salarié, sans être successifs, la situation au regard du versement santé est analysée contrat par contrat.

Exemple :

Un salarié titulaire d'un CDD de trois mois bénéficie du versement santé. Si son contrat est renouvelé, il n'ouvre pas droit à ce versement au titre du renouvellement. Sauf cas de dispense, il devra être affilié au régime de prévoyance santé à l'issue du premier CDD.

[Le versement santé sur Urssaf.fr](#) 

770

Important

- Modalités de calcul du versement santé

Le montant est calculé mensuellement en déterminant un montant de référence auquel est appliqué un coefficient correspondant au dispositif de maintien des garanties (portabilité) prévu à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Montant de référence

Le montant correspond, pour la période concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle il appartient s'il avait adhéré.

Si le montant de la contribution ne peut pas être déterminé, le montant de référence est fixé annuellement par arrêté. Ce montant est revalorisé chaque année, au 1er janvier, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, suivant l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure. Le montant de référence était fixé à 17,84 € pour 2021. Il était de 5,95 € pour un salarié relevant du régime d'assurance maladie applicable dans les départements d'Alsace et de Moselle (RLAM).

Lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire, il est appliqué un coefficient de « proratisation » sur la part forfaitaire, qui dépend du temps de travail :

$$x = (\text{nombre d'heures mensualisées} < 151,67) / 151,67$$

Montant du coefficient

Le montant de référence est multiplié par un coefficient de :

- 105 % pour les salariés en CDI ;
- 125 % pour les salariés en CDD ou en contrat de mission.

Exemple :

La contribution de l'employeur est égale à 1 % du salaire. Le salaire est de 1 500 €. Dans ce cas, le montant de référence sera de 15 € (1% x 1 500 € = 15 €). Pour un salarié en CDD, le coefficient de majoration sera de 125 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 18,75 € (15 € x 125%).

Exemple :

La contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 €. Le salarié travaille 35 heures par semaine à temps plein dans le cadre d'un CDD de moins de 3 mois, pour lequel le contrat collectif obligatoire ne lui garantit pas une couverture en complémentaire santé d'au moins trois mois.

- Le salarié étant à temps plein, son coefficient de proratisation est de 1 (151,67/151,67).
- Une fois ce coefficient appliqué à la contribution forfaitaire, le montant de référence reste de 20 €.
- Le salarié étant en CDD, le coefficient de majoration sera de 125 % : le montant versé au salarié sera donc de 25 € (20 x 125 %).

790

Important

Les sommes versées au titre du versement santé sont exonérées de cotisations sociales dans les mêmes conditions et limites que la contribution de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance à la condition que le contrat souscrit par le salarié concerné soit solidaire et responsable au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ainsi, elles sont également assujetties à la CSG et à la CRDS forfait social au taux de 8 % dans les entreprises d'au moins 11 salariés.

800

Remarque

Le salarié peut cumuler une couverture au titre d'un contrat de complémentaire santé solidaire et une couverture au titre d'un contrat collectif obligatoire dans certaines conditions détaillées dans la circulaire SSAS1914011J du 29 mai 2019.

 Textes de référence : [Article L. 917-7](#), [article L. 917-7-1](#), [article D. 911-2](#), [article D. 911-3](#), [article D. 911-7](#) et [article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale](#)


B- Condition d'exercice de la dispense

810 Pour être admises, les dispenses d'adhésion doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande explicite de sa part, traduisant un consentement libre et éclairé. Quel que soit le motif de dispense, cette demande du salarié prend la forme d'une déclaration sur l'honneur qu'il remet à son employeur. Le salarié doit déclarer le motif de la dispense et désigner l'organisme assureur lui permettant de solliciter la dispense ou la date de fin de droit. La déclaration doit également préciser les garanties auxquelles il renonce et comporter la mention selon laquelle il a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

820 Les demandes de dispense doivent être formulées au moment de l'embauche. Elles peuvent toutefois être également formulées postérieurement à l'embauche, à la date de mise en place des garanties (nouveau contrat au sein de l'entreprise) ou à la date lors de laquelle prennent effet les couvertures permettant la dispense.

Le salarié est tenu d'informer son employeur de tout changement de situation et ayant un impact sur cette dispense ; par exemple, qu'il est désormais couvert par un autre contrat en tant qu'ayant droit ou au titre d'un autre emploi.

830 En cas de contrôle, l'employeur doit être en mesure de présenter la dispense des salariés concernés pour justifier de la non adhésion des salariés aux garanties proposées.

 Textes de référence : [Articles L. 911-7](#), [L. 911-7-1](#), [R. 242-1-6](#), [D. 911-2](#), [D. 911-5](#), et [D. 911-6 du code de la sécurité sociale](#), [Loi « Evin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989](#) et [Cass. soc., 4 janvier 1996, n° 92-41885](#)

Chapitre 5 - Condition liée au caractère collectif des garanties de protection sociale complémentaire

Section 1 - Définition du caractère collectif des garanties

- 840 L'exclusion de l'assiette des cotisations sociales qui s'applique au financement patronal des garanties de protection sociale complémentaire bénéficiant aux salariés est conditionnée au caractère collectif de ces garanties.
- 850 L'appréciation du caractère collectif s'effectue au niveau de l'établissement ou de l'entreprise, selon que les garanties ont été établies à l'un ou à l'autre de ces niveaux (voir le [chapitre 3](#) de la présente rubrique).
- 860 Le caractère collectif est respecté si les garanties couvrent l'ensemble des salariés ou si les garanties ne couvrent qu'une partie d'entre eux, sous réserve dans ce second cas qu'ils appartiennent à une ou plusieurs catégories dites « objectives » de salariés au regard du dispositif.
- 870 Pour constituer ces catégories, cinq critères limitatifs sont autorisés. Les modalités d'utilisation de ces critères dépendent toutefois de la nature des garanties mises en place.

Une catégorie objective est constituée selon deux modalités alternatives :

- de droit : la loi définit les situations constituant des catégories objectives ; on parle alors de « cadre général » ;
- par justification du caractère objectif : situations dans lesquelles il appartient à l'employeur de justifier que la ou les catégories établies permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées ; on parle alors de « cadre particulier ».

Les différents cas de figure sont présentés dans le tableau dessous :

	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Critère 4	Critère 5
	Catégories cadres / non cadres	Tranches de rémunération	Catégories des conventions collectives	Sous-catégories des conventions collectives	Catégories issues d'usages
Retraite	Catégorie objective par la loi			Cadre particulier	
Incapacité, invalidité, inaptitude, décès (B)	Catégorie objective par la loi		Catégorie objective par la loi sous réserve que tous les salariés soient couverts (A)	(l'employeur doit justifier du caractère objectif)	
Frais de santé	Catégorie objective par la loi sous réserve que tous les salariés soient couverts (A)		Cadre particulier (l'employeur doit justifier du caractère objectif)		

(A) L'utilisation des critères n° 1 et 2 pour des garanties « frais de santé » peut avoir pour effet de constituer une catégorie objective de salariés uniquement si l'ensemble des salariés sont couverts à titre obligatoire (sous réserve des cas de dispenses mentionnés au [chapitre 4](#)) par ce type de garanties.

Il en est de même lorsque le critère n°3 est utilisé pour des garanties d'incapacité, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès.

Si l'ensemble des salariés n'est pas couvert, le cas relève du « cadre particulier » pour lesquels il appartient à l'employeur de justifier du caractère objectif des catégories instituées.

(B) L'utilisation des critères n° 1, 2 ou 3 ne peut avoir pour effet de constituer une catégorie objective de salariés par la loi pour la garantie décès que si ce dernier risque est associé à au moins un des trois risques suivants : incapacité de travail, invalidité, ou inaptitude.

Cette dernière condition ne s'applique pas non plus lorsque la garantie décès est mise en place au bénéfice des cadres dans le cadre de l'application de l'article 7 de la convention AGIRC du 14 mars 1947 ou de l'article 1er de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, qui prévoit l'obligation pour l'employeur de verser pour les cadres une cotisation égale à 1,5 % affectée par priorité au risque décès (voir la [section 2 du présent chapitre](#)).

- 880 S'agissant des cadres particuliers, les différences dans les niveaux ou conditions de couverture mises en place par l'entreprise peuvent résulter :
- pour les garanties santé, d'un degré d'exposition à ce risque plus important des salariés de cette catégorie. Il convient de noter que si l'employeur a souscrit une couverture santé « standard » (remboursements des frais de consultation ou d'hospitalisation), l'ensemble des salariés est considéré exposé de manière identique au risque et il n'y a donc en principe pas

lieu d'admettre une distinction dans le degré de couverture à partir des critères n° 3 à 5. Il reviendrait à l'employeur de prouver la justification de la couverture particulière d'une partie des salariés.

- pour les garanties invalidité/incapacité/décès, d'un degré d'exposition au risque plus important de certains salariés en raison de la nature du métier propre à la catégorie professionnelle en cause.

Exemple :

Une entreprise de boyauderie met en place un dispositif garantissant le versement d'une rente en cas d'incapacité de travail au bénéfice des seuls personnels d'atelier (donc à l'exclusion du personnel administratif et commercial). Cette situation s'analyse comme la constitution d'une catégorie de salariés par utilisation du critère n° 3, la convention collective applicable distinguant, comme premier niveau de classification, ces deux catégories de personnel. Tous les salariés ne sont pas couverts, ce cas relève des « cadres particuliers » pour lesquels il appartient à l'employeur de justifier du caractère objectif de la catégorie. La catégorie ainsi constituée est valide car l'employeur peut démontrer une exposition plus importante au risque d'incapacité des salariés couverts (exercice de l'activité dans les ateliers) par rapport aux salariés non couverts.

- pour les garanties de retraite supplémentaire, d'un niveau moyen de rémunération distinct : soit au bénéfice des catégories les mieux rémunérées (il s'agit alors de compenser l'existence d'un taux de remplacement moyen inférieur aux autres salariés), soit au bénéfice des catégories les moins bien rémunérées (il s'agit alors de compenser l'existence de revenus de remplacement inférieurs aux autres salariés). Les différences de traitement ainsi opérées devront toutefois être suffisamment proportionnées au regard des écarts moyens de rémunération qui les justifient.
- pour les autres garanties consistant en un versement d'un revenu de remplacement (invalidité, incapacité) ou indemnisation (décès), d'un niveau moyen de rémunération distinct, s'agissant de la modulation du montant des prestations. En revanche, s'agissant de risques auxquels les intéressés sont exposés dans les mêmes conditions, il n'est pas possible d'exclure des salariés qui constituent une catégorie de revenus du bénéfice de certaines prestations.
- pour l'ensemble des garanties, de l'existence d'une couverture préexistante propre à certaines catégories de salariés. Il peut être admis qu'une couverture spécifique soit mise en place pour les catégories non ou moins bien couvertes, afin d'aboutir à une couverture de niveau équivalent entre l'ensemble des salariés de l'entreprise (cas, par exemple, des entreprises sous statut qui emploient des personnels hors statut, ou encore des catégories de personnel déjà couvertes dans le cadre d'une convention collective).

Exemple :

Une entreprise emploie des salariés de droit privé et des salariés relevant d'un statut réglementaire (et dans ce cadre, au titre du risque maladie, d'un régime spécial de sécurité sociale qui leur garantit une couverture santé plus avantageuse que celle dont bénéficient les salariés de droit privé dans le cadre du régime général). L'entreprise souhaite mettre en place des garanties supplémentaires de frais de santé pour l'ensemble des personnels affiliés au régime général équivalentes à celle des garanties déjà assurées par le statut des personnels statutaires.

L'employeur peut exclure ces derniers des garanties mises en place au sein de l'entreprise, en produisant une comparaison des garanties permettant d'établir que les deux catégories de salariés ainsi identifiées bénéficient de niveaux de garanties équivalents. Il démontre ainsi que chacune de ces deux catégories inclut des salariés placés dans une situation identique au regard des garanties en cause.

890 Lorsqu'un changement de la situation professionnelle du salarié (prise de responsabilité, augmentation de sa rémunération) a pour conséquence de modifier son appartenance à une catégorie objective (passage du statut de non-cadre à cadre), le changement de catégorie s'opère lors du renouvellement annuel du contrat définissant les garanties de l'entreprise.

900 **Remarque**
Ces dispositions ne font toutefois pas obstacle à une requalification des garanties s'il s'avérait que les catégories mises en place ont en réalité eu pour objectif d'accorder à un ou plusieurs salariés identifiés un avantage particulier.

 Textes de référence : [Article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale](#)  et [Cour d'appel de Paris, 18 juin 2021, n° 17/03016](#) 

Section 2 - Constitution des « catégories objectives »

A - Les cinq critères permettant de constituer une « catégorie objective »

910 Le décret du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective modifie les règles permettant d'établir des catégories de salariés selon les critères n° 1 (appartenance aux catégories de cadres et de non cadres) et critère n° 2 (tranches de rémunération fixée par référence au plafond de la sécurité sociale).

Ce décret entre en vigueur le 1er janvier 2022. Il est ainsi applicable à tous les actes instituant des garanties de protection sociale complémentaire signés par les partenaires sociaux à compter du 1er janvier 2022. A défaut, le caractère collectif des garanties mises en place sera remis en cause. Toutefois, pour les actes existant avant l'entrée en vigueur du décret, les contributions de l'employeur à la protection sociale complémentaire continuent de bénéficier de l'exclusion d'assiette des cotisations sociales

jusqu'au 31 décembre 2024 dès lors qu'elles répondent aux exigences prévues par les anciennes dispositions. Ce délai de mise en conformité des actes de droit du travail n'est pas applicable si l'acte instituant les garanties a fait l'objet, entre le 1er janvier 2022 et le 31 décembre 2024, d'une modification portant sur le champ des bénéficiaires.

Les entreprises créées ultérieurement à l'entrée en vigueur du décret du 30 juillet 2021 peuvent également bénéficier de cette tolérance si la branche professionnelle de rattachement ne s'est pas encore conformée au décret.

Dans le cadre de la fusion des régimes AGIRC et ARRCO au 1er janvier 2019, les textes conventionnels servant de référence aux critères 1 et 2 ont été abrogés par les ANI du 17 novembre 2017 relatifs à l'AGIRC-ARRCO. Jusqu'au 31 décembre 2021, l'utilisation, dans les actes de droit du travail instaurant les garanties collectives, des références antérieures à l'ANI de 2017 ne remet pas en cause le caractère collectif des régimes.

1° Critère 1 : L'appartenance aux catégories de cadres et de non cadres

Important

Pour l'utilisation de ce critère il est nécessaire de prendre en compte les nouvelles modalités d'entrée en vigueur détaillées au début de cette présente section et définies par le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective.

920 Des catégories peuvent être constituées en s'appuyant sur les définitions issues des articles 2.1 et 2.2 l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Constituent une catégorie objective, les cadres ainsi définis :

- Les cadres au sens de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017 précité ;
- L'ensemble constitué par les personnels ci-dessus et les assimilés cadres au sens de l'article 2.2 du même accord ;
- L'ensemble constitué des personnels mentionnés aux articles 2.1 et 2.2 susmentionnés ;
- Une catégorie de salariés définie par une convention ou un accord de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, sous réserve qu'ils soient agréés par la commission paritaire rattachée à l'association pour l'emploi des cadres - APEC (tout défaut d'agrément remet en cause l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales). L'extension de la catégorie des cadres à des salariés non cadres permet d'étendre les garanties dont bénéficient les salariés cadres aux salariés non-cadres. Un mécanisme similaire, non repris par l'accord ANI précité du 17 novembre 2017, avait été prévu à l'article 36 de l'annexe I de la convention collective nationale de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

930 Constituent une catégorie objective les non-cadres qui n'entrent pas dans la définition retenue pour constituer une catégorie objective de cadres.

940 Les cadres dirigeants, au sens de l'article L. 3111-2 du code du travail, ne peuvent constituer en tant que tels une catégorie objective, à l'exception d'une catégorie constituée par l'utilisation des critères mentionnés au C et D de la présente section.

950 La mention des catégories de « cadres » et « non cadres » sans autre précision dans un acte ne remet pas en cause le bénéfice des exclusions de l'assiette sociale si elle répond à la première définition (2.1) donnée ci-dessus pour les cadres ou à la dernière définition donnée ci-dessus pour les non-cadres (ensemble des autres salariés).

 Textes de référence : [Article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale](#)  et [Article 2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres](#) 

960

Remarque

Concernant l'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres par référence à la convention collective nationale AGIRC du 14 mars 1947 relative à la prévoyance des cadres, les éléments suivants sont à prendre en compte :

- Calendrier d'entrée en vigueur des dispositions du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 applicable à l'utilisation des références à la convention AGIRC du 14 mars 1947

Du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2021, les actes de droit du travail instaurant des garanties collectives ou ceux portant sur le champ des bénéficiaires peuvent utiliser, indépendamment de la date de leur conclusion, soit les références aux articles 4 et 4 bis et 36 de l'annexe I de la convention AGIRC du 14 mars 1947, soit les références aux articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres pour définir les cadres et les non-cadres afin de garantir le caractère collectif des garanties mises en place.

Du 1er janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2024, les actes de droit du travail instaurant des garanties collectives peuvent continuer d'utiliser les références aux articles 4, 4 bis et 36 de l'annexe I de la convention collective nationale du 14 mars 1947 relative à la prévoyance des cadres, conclus avant le 1er janvier 2022, peuvent utiliser les références aux articles 2.1 et 2.2 pour définir les cadres et les non-cadres afin de garantir le caractère collectif des garanties mises en place, à la condition que les stipulations portant sur le champ des bénéficiaires ne soient pas modifiées pendant cette période.

- Modalités d'utilisation des références à la convention AGIRC du 14 mars 1947

Les définitions issues de la convention AGIRC du 14 mars 1947 peuvent constituer des catégories objectives. Il est ainsi admis que constituent une catégorie objective les salariés cadres suivant :

- Les cadres au sens de l'article 4 de la convention AGIRC du 14 mars 1947 ;

- L'ensemble constitué par les personnels ci-dessus et les assimilés cadres au sens de l'article 4 bis de la convention AGIRC du 14 mars 1947 ;
- L'ensemble constitué des personnels mentionnés aux articles 4 et 4 bis susmentionnés, ainsi que les salariés mentionnés au §2 de l'article 36 de l'annexe I de la convention AGIRC du 14 mars 1947 qui pouvaient être affiliés à l'AGIRC.

Constituent également une catégorie objective les salariés non-cadres suivants :

- L'ensemble des salariés anciennement non affiliés à l'AGIRC ;
- Les ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise, à l'exception de ceux mentionnés au §2 de l'article 36 de l'annexe I et ceux de l'article 4 bis ;
- Les ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise, à l'exception de ceux mentionnés à l'article 4 bis.

Lorsqu'il est fait mention de catégorie de « cadres » ou de « non cadres » sans autre précision (et notamment sans référence à la convention AGIRC), il est admis qu'il s'agit, respectivement, des ingénieurs, les cadres ainsi que les dirigeants affiliés au régime général et de l'ensemble des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise.

 Texte de référence : [articles 4, 4 bis de la convention AGIRC 14 mars 1947 et article 36 § 2 de l'annexe 1 de la convention](#) 

2° Critère 2 : Les tranches de rémunérations fixées par référence au plafond de la sécurité sociale

Important

Pour l'utilisation de ce critère, il est nécessaire de prendre en compte les nouvelles modalités d'entrée en vigueur détaillées au début de la présente section et définies par le décret du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective.

Les tranches de rémunérations fixées par référence au plafond de la sécurité sociale pour le calcul des cotisations aux régimes AGIRC et ARRCO en application de la convention AGIRC du 14 mars 1947 et de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961.

- Calendrier d'entrée en vigueur des dispositions du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 applicable à l'utilisation des références à la convention AGIRC du 14 mars 1947 et à l'accord ARRCO du 8 décembre 1961

Du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2021, les actes de droit du travail instaurant des garanties collectives ou ceux portant modification du champ des bénéficiaires des garanties existantes, indépendamment de la date de leur conclusion, peuvent utiliser, pour définir des catégories de salariés, soit les seuils mentionnés à l'article 6 de la convention AGIRC du 14 mars 1947 et à l'article 13 de l'accord ARRCO du 8 décembre 1961, soit les seuils définis ci-dessous par référence au plafond de la sécurité sociale, sans remise en cause du caractère collectif des garanties.

Du 1er janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2024, les actes de droit du travail instaurant des garanties collectives conclus avant le 1er janvier 2022 peuvent continuer d'utiliser les seuils mentionnés à l'article 6 de la convention AGIRC du 14 mars 1947 et à l'article 13 de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961, à la condition que les stipulations portant sur le champ des bénéficiaires ne soient pas modifiées pendant cette période.

- Modalités d'utilisation des références à la convention AGIRC du 14 mars 1947

Compte tenu des différents seuils applicables aux régimes AGIRC et ARRCO en vigueur avant le 1er janvier 2019, peuvent constituer des catégories objectives :

- les salariés dont la rémunération est inférieure ou égale à 1, 3, 4 ou 8 fois le plafond de la sécurité sociale ;
- ceux dont la rémunération est supérieure ou égale à 1, 3 ou 4 plafonds ;

et, par tolérance, ceux dont la rémunération est soit inférieure ou égale, soit supérieure ou égale à 2 plafonds.

970 En application de ce critère, peuvent constituer des catégories objectives :

a) D'une part, les salariés dont la rémunération est inférieure ou égale à 1, 2, 3, 4 ou 8 fois le plafond de la sécurité sociale (PASS) ;

b) D'autre part, en fonction du choix fait au point a, ceux dont la rémunération est supérieure ou égale à 1, 2, 3 ou 4 fois le plafond de la sécurité sociale (PASS).

Ainsi, le choix de ce critère en référence au PASS aura pour conséquence de constituer une ou deux catégories.

Ces catégories ne peuvent être constituées sur la base d'un autre multiple du PASS. Les salariés dont la rémunération est supérieure ou égale à 8 fois le PASS ne peuvent pas constituer une catégorie.

980 La rémunération prise en compte correspond à la rémunération brute annuelle soumise à cotisations en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Le plafond à retenir est celui applicable pour l'année en cours. La référence à un seuil de rémunération impose de ne distinguer que deux catégories.


De même, il n'est pas possible de constituer une catégorie objective avec un seuil de rémunération compris entre 1 et 4 fois le montant du PASS.

Exemple :

Les deux catégories suivantes pourront constituer des catégories objectives : les salariés dont la rémunération est inférieure ou égale à 4 fois le PASS (première catégorie) et les salariés dont la rémunération est supérieure à 4 fois le PASS (deuxième catégorie).

990 L'utilisation des tranches de rémunération applicables aux calculs des cotisations de retraite complémentaire est admise pour les entreprises relevant des régimes suivants :

- la CNBF (Caisse nationale des barreaux français) au profit des avocats salariés : rémunérations inférieures à 42 507 € (valeur 2022) ou comprises entre 1 fois et 5 fois ce montant ;
- la CAVEC (Caisse vieillesse des experts comptables et des commissaires aux comptes) en application de l'article L. 642-4 du code de la sécurité sociale : classes A à H dont les plafonds vont de 16 190 € à 132 780 € en 2022.

 Textes de référence : [Barème CNBF 2022](#)  et [Barème CAVEC 2022](#) 

3° Critère 3 : La place dans les classifications professionnelles définies par la convention de branche**1000 Cas général**

Pour constituer une catégorie objective sur la base de ce critère, il convient de prendre en compte les niveaux de classifications des salariés définis par la convention de branche dont relève l'employeur (ou l'accord professionnel ou interprofessionnel). La terminologie utilisée peut différer au sein de la convention : « classification », « catégorie », « niveau », etc. Il n'est toutefois pas possible de prendre en compte des catégories et classifications issues d'accords d'entreprises.

L'application du critère n° 3 ne doit pas être confondue avec la situation dans laquelle les garanties de protection sociale complémentaire sont issues d'un accord collectif dont le champ d'application lui-même est limité à certains salariés, conformément à la législation applicable en matière de négociation collective. Par exemple, des accords d'entreprise du secteur aérien applicables aux seuls personnels navigants techniques peuvent prévoir des garanties spécifiques à cette catégorie de salariés.

Pour l'utilisation de ce critère, seuls les niveaux de classification permettant d'identifier une catégorie professionnelle peuvent être retenus.

Ainsi, au sein d'une convention ou d'un accord professionnel, le premier niveau de subdivision relatif à la classification ne permet pas de constituer une catégorie s'il ne repose pas sur une distinction des fonctions exercées par les salariés, ce qui conduit alors à rechercher dans la convention collective l'existence d'une distinction plus structurante (ouvriers/ETAM/cadres...).

1010 Cas particulier : identification de catégories tierces

Lorsque, pour une branche d'activité donnée, deux conventions collectives distinctes sont applicables respectivement aux cadres et aux non-cadres, il y a lieu de raisonner de manière globale en tenant compte des deux textes. La classification professionnelle correspond en principe à la distinction cadres/non cadres s'il apparaît que la classification propre à chaque convention collective est comparable et qu'elle conduit à répartir les salariés cadres et non-cadres en deux sous-catégories comparables. A l'inverse, la classification professionnelle peut conduire à distinguer des catégories tierces s'il apparaît que l'une ou l'autre des conventions (en principe, celle applicable aux non-cadres) fait apparaître une distinction de même nature que celle existant entre cadres et non-cadres.

Exemple :

La convention collective Y classe les salariés en 5 « niveaux ». A chaque niveau correspondent plusieurs échelons fonctionnels de compétences, de contenu d'activité, de degré d'autonomie et de niveau de responsabilité :

- Niveau I : employés : 3 échelons fonctionnels ;
- Niveau II : employés qualifiés 1 : 3 échelons fonctionnels ;
- Niveau III : employés qualifiés 2 : 3 échelons fonctionnels ;
- Niveau IV : agents de maîtrise : 2 échelons fonctionnels ;
- Niveau V : cadres : 3 échelons fonctionnels.

Chaque niveau constitue une catégorie ou classification au sens du critère n° 3. Tel n'est pas le cas des échelons fonctionnels.

4° Critère n° 4 : les sous-catégories fixées par les conventions collectives

1020 Les sous-catégories correspondent aux niveaux de classification adoptés par la convention de branche dont relève l'employeur (ou l'accord professionnel ou interprofessionnel) à partir du premier niveau immédiatement inférieur à celui constituant le critère n° 3 ci-dessus et jusqu'au niveau le plus bas à condition que ces niveaux correspondent à une définition.

Ainsi, dans l'exemple au paragraphe 1010 ci-dessus, chaque niveau de rémunération constitue une sous-catégorie.

Dans la convention collective Z, la division s'opère de la façon suivante :

1er groupe : non-cadres (critère n° 3)						
Catégorie 1 (critère n° 4) Personnel d'exécution			Catégorie 2 Personnel qualifié ou d'encadrement			
classe 1	classe 2	classe 3	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4
1 coefficient (critère n° 4)	1 coefficient	1 coefficient	1 coefficient	1 coefficient	1 coefficient	1 coefficient
3 types de fonctions	1 type de fonction	1 type de fonctions	1 type de fonction	2 types de fonction	2 types de fonction	2 types de fonction

2nd groupe : cadres (critère n° 3)					
Position 1 Cadres débutants (critère n° 4)	Position 2 Cadres stricto sensu		Position 3 Cadres confirmés		
coefficient 300	repère lettre A	repère lettre B	repère lettre A	repère lettre B	repère lettre C
	coefficient 360	coefficient 625	sous repère a) coefficient 450	coefficient 700	coefficient 900
			sous repère b) coefficient 545		
			sous repère c) coefficient 625		

1030 Dans cet exemple, les deux groupes « cadres » et « non cadres » de la convention constituent une catégorie ou classification professionnelle au sens de la définition donnée pour le critère n° 3 ci-dessus. Les « catégories » pour les non-cadres et les « positions » pour les cadres peuvent constituer des sous-catégories (critère n° 4). Dans la mesure où les « classes » et « coefficients » pour les non-cadres sont définis par des types de fonctions, ils peuvent également constituer des sous-catégories (critère n° 4). En revanche, les repères et les coefficients des cadres ne constituent pas des sous-catégories car ils ne sont pas applicables à l'ensemble du groupe.

5° Critère n° 5 : l'appartenance aux catégories définies à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans une profession

1040 Ce critère peut être utilisé pour constituer une catégorie objective en s'appuyant sur :

- l'appartenance ou non de certains salariés à un champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné,
- certaines catégories spécifiques définies par une convention collective,
- un accord de branche ou un accord national interprofessionnel de salariés caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières
- l'appartenance aux catégories définies à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.

1050 L'usage peut être considéré comme valide si les salariés appartiennent par exemple :

- au champ d'affiliation à un régime légalement ou réglementairement obligatoire qui assure la couverture de ce même risque (cas, pour le risque maladie, des ressortissants du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle ou, pour le risque maladie ou vieillesse, des assurés de certains régimes spéciaux de sécurité sociale) ;
- au champ d'une convention collective ou d'un accord de branche ou inter-branches, lorsque cette convention ou cet accord n'est applicable qu'à une partie des salariés : par exemple, des salariés intermittents au sein d'une entreprise de spectacle, des salariés pigistes au sein d'une entreprise de journalisme, ou, au sein des entreprises de travail temporaire, des personnels permanents et des intérimaires ;
- au champ des travailleurs à domicile mentionnés à l'article L. 7413-2 du code du travail, sous réserve que la convention collective applicable au donneur d'ouvrage prévoit des dispositions spécifiques aux travailleurs à domicile (à l'inverse, si les travailleurs à domicile bénéficient des mêmes dispositions conventionnelles que les autres salariés couverts par la convention collective, ils ne peuvent constituer une catégorie) ;

- au champ des voyageurs, représentants et placiers selon la définition qu'en donne l'article 1er de l'annexe IV de la convention AGIRC, à condition qu'ils n'entrent pas dans le champ de la convention collective applicable aux autres salariés ou qu'ils soient soumis à des dispositions spécifiques (s'ils bénéficient des mêmes dispositions conventionnelles que les autres salariés, ils ne peuvent constituer une catégorie) ;
- au champ des salariés détachés à l'étranger (maintenus au régime français de sécurité sociale) ou pour les garanties retraite des salariés impatriés bénéficiant de la dispense d'affiliation à l'assurance vieillesse prévue à l'article L.767-2 du code de la sécurité sociale.

1060 L'existence de l'usage s'apprécie au niveau de la profession et non de l'entreprise. Les trois conditions liées aux caractères de l'usage (constants, généraux et fixes) sont cumulatives.

1070 Cas particulier des mandataires sociaux

L'exclusion de l'assiette de cotisations sociales dont bénéficie le financement patronal des garanties de protection sociale complémentaire est réservée aux salariés, anciens salariés et ayants droit. La participation de l'employeur au financement des garanties applicables aux mandataires sociaux peut toutefois dans certaines conditions bénéficier de l'exclusion d'assiette.

En revanche, les mandataires sociaux ne peuvent, en tant que tels et à eux seuls, constituer une catégorie objective pour le bénéfice de l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales.

- Les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail

Les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail bénéficient des mêmes garanties que l'ensemble des salariés ou, lorsque les garanties sont réservées à une ou plusieurs catégories établies dans les conditions rappelées ci-dessus, à raison de leur appartenance ou non, en tant que salariés, à cette ou ces catégories.

- Les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail

Les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail mais assimilés aux salariés en application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale peuvent être rattachés au contrat liant l'entreprise à l'organisme assureur lorsqu'une décision du conseil d'administration, ou équivalent, de l'entreprise le prévoit. La copie du procès-verbal de la séance doit être laissée à disposition en cas de contrôle de l'URSSAF.

Si le dispositif est réservé à une ou plusieurs catégories de salariés, les mandataires ne peuvent alors être rattachés au dispositif, pour le bénéfice de l'exclusion de l'assiette de cotisations, que s'ils remplissent eux-mêmes le ou les critères retenus.

S'ils ne remplissent pas les critères, la contribution de l'employeur pour le financement des garanties du mandataire ne bénéficie pas de l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales.

En l'absence de décision du conseil d'administration, ou équivalent, le mandataire social ne peut être rattaché à une catégorie bénéficiaire d'un régime de protection sociale complémentaire et bénéficier à ce titre de l'exclusion d'assiette de la contribution patronale correspondante que si cette catégorie est définie par référence au champ de l'ANI du 17/11/2017 relatif à la prévoyance des cadres, lequel vise expressément les mandataires sociaux à son article 2.1.

B- Conditions spécifiques de recours aux critères liés au temps de travail, à la nature du contrat, à l'âge ou à l'ancienneté du salarié

1080 De manière générale, il est rappelé qu'aucun critère discriminatoire ne peut bien entendu être retenu dans la constitution d'une catégorie objective.

1090 Pour répondre au caractère objectif permettant de bénéficier de l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales, les catégories ne peuvent en aucun cas être définies en fonction du temps de travail (temps plein, temps partiel), de la nature du contrat, de l'âge ou de l'ancienneté des salariés.

1100 Cette règle ne fait cependant pas obstacle à l'utilisation du critère n° 5 dès lors que les catégories créées relèvent d'usages constants généraux et fixes et regroupent exclusivement des salariés en contrat de travail à durée déterminée.

1110 Par ailleurs, l'utilisation de certains critères est conditionnée au respect de certaines conditions pour éviter toute discrimination.

1- L'ancienneté

1120 L'accès aux garanties (obligation de cotiser et accès aux prestations) peut être réservé aux salariés ayant plus de douze mois d'ancienneté pour les prestations de retraite supplémentaire et les prestations destinées à couvrir des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès (ainsi que pour les garanties dépendance), et aux salariés de plus de six mois d'ancienneté pour les autres prestations.

2- Age minimal

1130

Le versement des prestations ne peut être subordonné à un âge minimal du salarié ou de ses ayants droit seulement si ce critère est en rapport direct avec l'objet même de la garantie. Par exemple, les garanties de retraite supplémentaire qui conditionnent le versement des prestations au fait que le salarié ait atteint l'âge légal de départ à la retraite sont admises. De même, sont admises les garanties prévoyant le versement d'une rente au conjoint survivant lorsque ce dernier atteint l'âge minimal ouvrant droit au versement d'une pension de réversion dans le régime général.

1140

Remarque

Il est toutefois possible que l'accès à un dispositif de retraite supplémentaire puisse être limité aux salariés qui ne dépassent pas un certain âge dans le cas particulier où ce dispositif remplace un régime préexistant en cours de fermeture. Sont notamment visés ici les cas de création d'un régime de retraite à cotisations définies faisant suite à la fermeture d'un régime de retraite à prestations définies à droits aléatoires dit de « retraite chapeau ». La création d'un nouveau régime pour les personnes qui bénéficiaient du régime de « retraite chapeau » ne doit pas avoir pour objet de créer des droits nouveaux disproportionnés par rapport à ceux dont acquis dans leur ancien régime.

Il incombe alors à l'employeur de justifier que les droits créés par le nouveau régime sont identiques au régime ayant été fermé.

3- Date d'embauche

1150 L'introduction d'un critère relatif à la date d'embauche du salarié pourra être admise lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre de la fermeture d'un système de garanties retraite préexistant ayant pour objet de permettre à l'employeur de se conformer aux conditions légales et réglementaires d'exclusion d'assiette.

Lorsque l'employeur est en mesure d'établir qu'il se trouve dans ce cas de figure, le système préexistant étant maintenu au profit des personnes embauchées avant sa date de fermeture, le nouveau peut, sans remise en cause du caractère collectif, être réservé aux seules personnes embauchées à compter de la date de sa mise en place. Les contributions versées par l'employeur pour le financement de ces deux systèmes de garanties peuvent donner lieu au bénéfice de l'exclusion d'assiette.



Textes de référence : [Article L. 911-7](#), [article R. 242-1-1](#) et [article R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale](#)

C- Appréciation du caractère collectif en cas de combinaison de différents critères

1160 Pour l'appréciation du caractère collectif, il convient de tenir compte de l'ensemble des actes juridiques applicables (accords, décisions unilatérales de l'employeur ou projets d'accords ratifiés par référendum), en cas de pluralité d'actes (cf. [chapitre 3](#)).

Exemple :

Une entreprise met en place par accord des garanties prévoyance au profit des seuls agents de maîtrise, les cadres ayant été couverts précédemment pour le même risque dans le cadre d'un accord avec des garanties différentes. Un accord ultérieur couvre les ouvriers en prévoyance avec des garanties identiques à celles des agents de maîtrise. Les deux accords « agents de maîtrise » et « ouvriers » permettent donc la couverture des non cadres et leurs garanties de prévoyance sont donc bien collectives.

D- Appréciation du caractère collectif en cas de modification de la situation juridique de l'entreprise

1170 En cas de fusion ou de vente de l'entreprise, au sens de l'article L. 1224-1 du code du travail, deux dispositifs différents peuvent être maintenus temporairement au sein de l'entreprise absorbante.

1. Dispositif mis en place par accord collectif dans la société absorbée

1180 Lorsque le dispositif concernant les salariés de l'entreprise absorbée a été mis en place par accord collectif, les contributions de l'employeur versées au titre de ce dispositif continuent d'être exclues de l'assiette des cotisations jusqu'à l'entrée en vigueur du texte conventionnel qui lui est substitué.

A défaut d'un tel texte, l'exclusion d'assiette est maintenue pendant un an à compter de l'expiration du délai de préavis prévu à l'article [L. 2261-9](#) du code du travail, sauf clause prévoyant une durée supérieure.



Texte de référence : [Article L. 2261-14 du code du travail](#)

2. Dispositif mis en place par décision unilatérale ou référendum

1190 Lorsque le dispositif concernant les salariés de l'entreprise absorbée a été mis en place par décision unilatérale de l'employeur ou référendum, les contributions de l'employeur versées au titre de ce dispositif continuent d'être exclues de l'assiette des cotisations. Le dispositif subsiste chez le nouvel employeur jusqu'à sa dénonciation ou jusqu'à l'entrée en vigueur d'un accord collectif ayant le même objet.

A défaut de dénonciation ou d'adoption d'un texte conventionnel ayant le même objet, le dispositif continue de s'appliquer aux seuls salariés de l'entreprise absorbée, sans remise en cause du caractère collectif.

1200

Remarque

Lorsque l'entreprise absorbée, au sein de laquelle il existait un dispositif de garanties collectives, devient un établissement distinct dans l'entreprise absorbante, il est possible de reconduire ce dispositif dans toutes ses dispositions par le biais d'un nouvel accord d'établissement.

Section 3 - Condition liée à la mise en place de garanties identiques au sein de chaque catégorie

1210 Les garanties doivent être les mêmes pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

A- Garanties différenciées selon une catégorie objective

1220 Les différences de garanties ne remettent pas en cause le caractère collectif si elles traduisent l'existence de catégories objectives de salariés.

1230 Par exemple, si des garanties de prévoyance couvrant les cadres d'une entreprise (au sens du critère n° 1) varient en fonction de leurs tranches de rémunération, ces garanties sont considérées comme identiques puisque ces différences reposent sur un critère autorisé pour fonder une catégorie objective. L'appréciation du caractère identique des garanties doit s'effectuer par catégorie de salariés et non pas au niveau des actes qui instituent ces garanties.

B- Garanties différenciées selon la situation familiale

1230 L'exigence d'identité des garanties ne remet pas en cause les dispositifs dans lesquels les garanties varient selon la situation familiale de l'assuré (voir le [chapitre 4](#) de la présente rubrique).

Exemple :

La branche des succursalistes de chaussures propose une garantie décès à ses salariés. En cas de décès du salarié, le montant du capital garanti (exprimé en pourcentage du salaire de référence), versé au bénéficiaire désigné, varie en fonction de la situation familiale du salarié.

Il s'élève à 70 % du salaire de référence si le salarié est célibataire ou divorcé, 80 % s'il est marié et une majoration de 10 % est ajoutée pour chaque enfant à la charge de l'assuré.

C- Garanties optionnelles

1240 Les salariés peuvent opter à titre personnel pour des garanties supplémentaires, sans remise en cause du caractère collectif des garanties « de base » offertes à tous les salariés. La contribution de l'employeur pour le financement des garanties supplémentaires optionnelles ne bénéficie alors pas de l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales.

Exemple :

Un régime frais de santé prévoit des garanties couvrant le remboursement complémentaire des actes médicaux. Sur option, l'assureur prévoit une garantie renforcée en dentaire et en optique en fonction des besoins émis par le salarié par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne. La part de l'employeur finançant le 1er étage de remboursement proposé à tous les salariés couverts sera exclue de l'assiette mais pas celle versée au titre de l'option.

1250 **Remarque**
En matière de prévoyance complémentaire (garanties frais de santé, garanties incapacité, invalidité, inaptitude, décès), le fait de prévoir pour certains salariés des garanties plus favorables en fonction des conditions d'exercice de leur activité ne remet pas en cause le caractère collectif et l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales. Il appartient à l'employeur de justifier du lien entre le caractère particulier de l'activité des salariés auxquels ces garanties sont réservées et la nature des garanties en cause.

Ainsi, un employeur peut prévoir, dans le cadre d'un régime frais de santé ouvert à tous les salariés, des garanties renforcées au titre d'un risque de santé auquel certains salariés sont davantage exposés en raison de leur activité.

Ce cas doit être distingué des régimes « optionnels » mentionnés ci-dessus, pour lesquels le financement patronal de la part optionnelle n'est pas exclu de l'assiette.

Section 4 - Condition de contribution identique de l'employeur au financement des garanties de l'ensemble de ses salariés

A- Uniformité du montant de la contribution

1260 Les contributions de l'employeur doivent être égales à une fraction de la rémunération ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie objective au sens de la [section 2](#) du présent chapitre.

B- Exceptions au principe d'uniformité du montant de la contribution

1270 Les cas suivants ne remettent pas en cause le caractère uniforme de la contribution :

1280 1° L'employeur prend en charge l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel et des apprentis lorsqu'en l'absence d'une telle prise en charge ces salariés seraient conduits à acquitter une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute (pour l'appréciation de ce seuil, il est tenu compte de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire) ;

Exemple :

Un dispositif d'incapacité/invalidité amène un apprenti à acquitter une contribution égale à 6 % de sa rémunération brute. Par ailleurs, un dispositif couvrant les frais de santé l'amène à acquitter une contribution égale à 5 % de sa rémunération. En additionnant le financement des garanties invalidité et frais de santé, l'apprenti acquitte une contribution de 11 %. La prise en charge par l'employeur de la totalité de ces 11 % ne remet pas en cause le bénéfice de l'exclusion d'assiette du dispositif de prévoyance/frais de santé (sous réserve par ailleurs, du respect des autres conditions applicables).

La participation du comité social et économique au financement de la cotisation salariale est assimilée à une contribution de l'employeur et est éligible à l'exclusion de l'assiette de cotisations dans les mêmes conditions et sous les mêmes réserves que cette dernière.

1300 2° La modulation de la participation de l'employeur en fonction de la composition du foyer ;

Exemple :

Dans un contrat de prévoyance complémentaire santé, la contribution globale est fixée à 80 € pour les salariés isolés et à 107 € pour les familles. La contribution de l'employeur est fixée comme suit :

- salarié isolé : part employeur = 59 € / part salariée = 21 € ;
- famille : part employeur = 75 € / part salariée = 32 €.

1310 3° La mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération du salarié, dans la mesure où cette progression s'applique également à la contribution du salarié, pour les prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude.

Cette faculté est donc autorisée, sans remise en cause du bénéfice de l'exemption d'assiette, uniquement si la progression de la cotisation salariale est au moins aussi importante ou plus importante que celle de la contribution patronale.

Par ailleurs, le recours à des taux ou à des montants de contribution patronale décroissants en fonction de la rémunération est admis lorsque pour la part salariale ces taux ou montants sont croissants.

Le bénéfice de l'exemption d'assiette est accordé si la différence de taux ou de montant recouvre une différence entre des ensembles de salariés qui peuvent constituer une catégorie objective.

Exemple :

Un dispositif de retraite supplémentaire institué au bénéfice des cadres (critère n° 1) prévoit une modulation de la contribution de l'employeur de x% sur la part de la rémunération inférieure au plafond de la sécurité sociale et de y% sur la part de la rémunération égale ou supérieure au plafond de la sécurité sociale. Le dispositif est bien collectif et le financement patronal exclu de l'assiette des cotisations car les cadres dont la rémunération est inférieure au plafond ainsi que ceux dont la rémunération est égale ou supérieure au plafond peuvent constituer deux catégories distinctes (critère n° 2).

1320

Remarque

Il est admis de recourir à un dispositif qui combine, pour l'ensemble des salariés couverts, un taux et un montant forfaitaire selon l'une des trois modalités suivantes :

- contribution égale à la somme d'une part forfaitaire et d'une part proportionnelle à la rémunération
- contribution exprimée sous forme de taux mais avec un plancher et/ou un plafond de cotisations forfaitaires
- contribution calculée par différence entre un montant forfaitaire uniforme et le montant de la contribution du salarié calculé en pourcentage de sa rémunération

Exemple :

Un dispositif de retraite supplémentaire prévoit pour l'ensemble des salariés une contribution patronale additionnant une part forfaitaire de 35 € avec une part proportionnelle égale à 2 % de la rémunération du salarié. Cela ne remet pas en cause le caractère collectif.

Exemple :

Un dispositif d'assurance de retraite supplémentaire prévoit que la contribution de l'employeur est égale à 4 % de la rémunération, sans pouvoir être ni inférieure à 32 €, ni supérieure à 60 €. Cela ne remet pas en cause le caractère collectif.

Exemple :

Dans un dispositif « frais de santé », la contribution globale (salarié + employeur) est fixée forfaitairement à 45 € ; la contribution salariale est déterminée en pourcentage de son salaire (par exemple 1% du salaire) et la contribution employeur est déterminée par différence. Ainsi, pour un salarié dont la rémunération est de 1 500 €, sa participation est de 15 € ; la contribution de l'employeur est de 30 €. Pour un salarié dont la rémunération est de 2 500 €, la contribution de l'employeur est de 20 €.

1330 4° La participation patronale au financement de la couverture peut être différenciée pour les salariés multi-employeurs, c'est-à-dire les salariés qui travaillent régulièrement et habituellement pour plusieurs employeurs.

Le caractère collectif des garanties n'est ainsi pas remis en cause lorsque, pour une garantie donnée, la contribution due par les différents employeurs fait l'objet d'un partage par quotes-parts entre chacun d'entre eux selon les conditions qu'ils déterminent conjointement. Le partage de la contribution ne doit pas nécessairement être prévu dans l'acte juridique instituant le régime de garanties complémentaires. En revanche le caractère collectif ne pourra être considéré comme respecté au regard du montant de la contribution patronale qu'à condition qu'il puisse être justifié, par tout moyen, de la situation « multi-employeurs » du salarié et de la répartition de la contribution patronale entre les employeurs concernés.

1340 5° La participation de l'employeur au financement des garanties d'incapacité de travail peut être modulée pour les salariés bénéficiant d'un revenu de remplacement. Dans ce cas, la participation salariale doit être modulée dans les mêmes proportions pour ne pas remettre en cause le principe d'uniformité de la contribution.



Textes de référence : [Article R. 241-1-4](#) et [article R. 241-1-5 du code de la sécurité sociale](#)

Section 5 - Documents à fournir et conséquences en cas de contrôle

1350 Si l'employeur n'est pas en mesure de justifier le respect des conditions prévues aux chapitres 3 à 5 lors d'un contrôle, le principe général est la réintégration dans l'assiette des cotisations de la totalité des contributions versées par l'employeur pour le financement des garanties de prévoyance pour l'ensemble des salariés et pour l'ensemble de la période pendant laquelle ces conditions n'ont pas été réunies.

1360 Toutefois, les redressements peuvent être réduits lorsque le régime de protection sociale complémentaire respecte partiellement les conditions d'un caractère obligatoire et collectif ou lorsque les anomalies constatées proviennent d'erreurs formelles. Cette réduction est permise dès lors que l'employeur reconstitue de manière probante le montant de l'écart avec l'attendu.

1370 En pratique, l'employeur doit identifier le montant des contributions au financement du dispositif qu'il aurait dû acquitter au titre des salariés concernés par le redressement, afin de respecter le caractère collectif et obligatoire du régime. En cas d'accord sur le différentiel proposé par l'employeur, l'inspecteur procède au redressement des contributions dues au titre des salariés concernés, sur la base d'un montant correspondant à la reconstitution par l'employeur (cf. exemple infra).

1380 Dans ces conditions, le calcul du redressement est le suivant :

- dans le cas où le manquement consiste en l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre justificatif permettant de prouver le caractère collectif du régime, le montant du redressement est égal à 1,5 fois les sommes manquantes (ou excédentaires) ;
- dans le cas où le manquement résulte d'une autre cause et qu'il ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité c'est à dire qui méconnaîtrait les règles établies à l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale précisant le caractère collectif et définissant les critères de catégorie objective, ou détaillées dans la présente rubrique, le montant du redressement est égal à 3 fois ces sommes.

1390 Le redressement calculé selon ces dispositions ne sera appliqué que s'il est plus favorable au cotisant que la réintégration de la totalité des contributions versées dans l'assiette des cotisations.

1400 Néanmoins, si le manquement révèle une méconnaissance d'une particulière gravité, la réduction du redressement est impossible et celui-ci porte alors sur l'intégralité des contributions patronales versées au titre du régime concerné.

Le redressement ne peut pas non plus être réduit lorsque l'irrégularité a déjà été notifiée lors d'un précédent contrôle (dans la limite de cinq ans), ou lorsqu'elle traduit la volonté d'octroyer un avantage personnel ou crée une discrimination.

Enfin, la réduction du redressement est également impossible lorsque certaines situations ont été relevées lors du contrôle (travail dissimulé, obstacle à contrôle, abus de droit).

1410

En cas de redressement motivé par un manquement au caractère obligatoire et collectif d'un régime de protection sociale complémentaire, les employeurs ne peuvent pas demander aux salariés le remboursement des cotisations salariales dues du fait de ce redressement.

Exemple :

Un employeur d'une entreprise de 100 salariés en couvre 96 au titre de la prévoyance santé, à hauteur d'un montant annuel de 600 € par salarié. Cependant, du fait de l'absence de couverture de 4 salariés, le régime ne satisfait pas les critères d'exemption pendant 1 exercice.

Cas 1 : l'anomalie provient d'une erreur formelle ou de l'absence de fourniture de justificatif.

Dans ce cas, dès lors que l'employeur reconstitue le montant qu'il aurait dû verser au titre des 4 salariés non couverts, le redressement est égal aux contributions qui auraient été dues majorées de 50%.

Ainsi, la couverture par salarié étant de 600 €, et 4 salariés n'étant pas couverts, la contribution nécessaire pour aboutir à une couverture complète de tous les salariés s'élève à 2 400 €. Le montant redressé sera alors de 3 600 €.

Cas 2 : l'anomalie provient d'une erreur de fond.

Dans ce cas, dès lors que l'employeur reconstitue le montant qu'il aurait dû verser au titre des 4 salariés non couverts, le redressement est égal aux contributions qui auraient été dues majorées de 200%.

Ainsi, la couverture par salarié étant de 600 €, et 4 salariés n'étant pas couverts, la contribution nécessaire pour aboutir à une couverture complète de tous les salariés s'élève à 2 400 €. Le montant redressé sera alors de 7 200 €.

Cas 3 : l'anomalie provient d'une erreur d'une particulière gravité, d'une discrimination, d'une absence de fourniture des éléments permettant à l'inspecteur de reconstituer les sommes manquantes, ou d'une absence de mise en conformité suite à un précédent contrôle.

Dans ce cas, l'intégralité du régime sera remise en cause et l'employeur devra acquitter des cotisations sur la totalité des contributions versées à ce régime, soit un redressement de l'assiette de cotisations de $96 \times 600\text{€} = 57\,600\text{€}$.

Nota : l'employeur se verra par ailleurs notifier un remboursement du forfait social versé.



Texte de référence : [Article L. 133-4-8 du code de la sécurité sociale](#)

Chapitre 6 - Appréciation du caractère collectif et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail

1420 Sous certaines conditions, le maintien des garanties au bénéfice des salariés dont le contrat de travail est suspendu conditionne le respect du caractère collectif.

1430

Conditions de mise en conformité des contrats collectifs sur l'obligation de maintien des garanties

Pour la mise en conformité des contrats instituant les garanties aux dispositions relatives à leur maintien en cas de suspension du contrat de travail, des modalités transitoires ont été prévues.

Ainsi, dès lors que le contrat collectif souscrit par l'entreprise est conforme au présent chapitre au 1er janvier 2022, le caractère collectif et obligatoire n'est pas remis en cause, et ce même si l'accord de branche, la convention collective ou l'accord d'entreprise ou référendaire n'est pas conforme aux dispositions qui lui sont applicables avant le 1er janvier 2025.

En cas de contrôle, le caractère collectif des garanties souscrites par les employeurs au profit de leurs salariés pendant la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022 peut être attesté par la présentation du courrier de l'organisme complémentaire informant l'employeur du maintien effectif des garanties collectives conformément aux dispositions des A, B et C ci-dessous exposées, dans l'attente de la modification du contrat collectif.

Dans le cas où la modification du contrat collectif d'assurance nécessite, aux termes des statuts de l'organisme d'assurance concerné, une approbation en assemblée générale qui ne pouvait pas se tenir avant le 1er janvier 2022, le caractère collectif et obligatoire n'est pas remis en cause dans les conditions précitées jusqu'au 31 décembre 2022, dès lors que l'instruction n° DSS/3C/5B/2020/197 du 16 novembre 2020 relative à l'application du maintien de certaines garanties de protection sociale complémentaire collectives aux salariés placés en activité partielle en conséquence de l'épidémie de covid-19 continue d'être appliquée du 1er juillet 2021 au 31 décembre 2022.

Section 1 - La période de suspension du contrat de travail donne lieu à une indemnisation

A- L'obligation de maintien des garanties pour le bénéfice des exclusions

- 1440 Lorsque les contrats de travail de certains salariés sont suspendus (lors de la survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou d'activité partielle) et que les salariés concernés sont indemnisés pendant cette période, le maintien des garanties de prévoyance (et de retraite supplémentaire dans certains cas) à leur bénéfice conditionne le respect du caractère collectif.
- 1450 Le bénéfice de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire mises en place dans l'entreprise doit être maintenu pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, et, le cas échéant, pour leurs ayants droit, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :
- soit d'un maintien de salaire, total ou partiel;
 - soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.
- 1460 Dans le cas particulier du versement par l'employeur d'un revenu de remplacement :
- les garanties de prévoyance doivent être maintenues. Cela concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que les périodes de congé rémunéré par l'employeur (congé de reclassement, congé de mobilité...);
 - les garanties en matière de retraite supplémentaire peuvent être suspendues ou maintenues, selon les conditions stipulées dans l'acte instaurant les garanties dans l'entreprise et du contrat, règlement ou bulletin d'adhésion.

B- Modalités de financement pendant la période de maintien des garanties

- 1470 Pour conserver le caractère collectif des garanties proposées par l'entreprise, la contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie objective dont relève le salarié au moment de la suspension et déterminée par la convention, l'accord ou la DUE, doit être maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée (sauf s'il est prévu un maintien de la garantie à titre gratuit).
- 1480 Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit également acquitter la part salariale de la contribution, calculée selon les règles prévues par le régime. Si le contrat prévoit que la garantie est maintenue à titre gratuit, il n'y a pas de contribution salariale.
- 1490 Néanmoins, l'application d'une répartition du financement des garanties entre l'employeur et le salarié plus favorable pour les seuls salariés dont le contrat est suspendu ne remet pas en cause le caractère collectif et obligatoire de ces garanties.

Exemple :

Au sein d'une entreprise, les salariés en activité versent une contribution pour le financement de leurs garanties de protection sociale complémentaire de 35 euros et les salariés dont les contrats de travail sont suspendus versent une contribution de 15 euros pour le financement des mêmes garanties (l'employeur prend en charge la part de 20 euros restante pour ces salariés). Cette répartition du financement ne remet pas en cause le caractère collectif et obligatoire des garanties dont bénéficient les salariés au sein de cette entreprise.

C- L'assiette des cotisations et prestations

Remarque

L'instruction interministérielle N° DSS/3C/5B/2020/197 du 16 novembre 2020 relative à l'application du maintien de certaines garanties de protection sociale complémentaire collectives aux salariés placés en activité partielle en conséquence de l'épidémie de covid-19 continue de s'appliquer jusqu'au 30 juin 2022.

- 1500 L'acte instituant les garanties dans l'entreprise ou le contrat, règlement ou bulletin d'adhésion peuvent prévoir des dispositions spécifiques relatives à l'assiette des cotisations et prestations en cas de suspension du contrat de travail.
- 1510 En l'absence de stipulations particulières dans l'acte instituant les garanties ou le contrat, règlement ou bulletin d'adhésion, et lorsque l'assiette des cotisations et prestations du régime est calculée sur une base forfaitaire sans lien avec le montant des rémunérations perçues, cette assiette continue à s'appliquer en cas de suspension du contrat de travail.
- 1520 En l'absence de stipulations particulières dans l'acte instituant les garanties ou le contrat, règlement ou bulletin d'adhésion, et lorsque le niveau des cotisations et prestations est fixé par référence à la rémunération versée, l'assiette à retenir pour le calcul des cotisations et des prestations est celle du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).
- 1530

Dans ce dernier cas, un acte de droit du travail peut prévoir le maintien des assiettes de cotisations et des prestations applicables antérieurement à la suspension du contrat de travail. Le caractère collectif et obligatoire des garanties n'est alors pas remis en cause, sous réserve qu'elles permettent d'assurer un niveau de prestations plus élevé au salarié, notamment en calculant les cotisations et prestations sur la base d'une reconstitution de la rémunération mensuelle des salariés soumise à cotisations de sécurité sociale (moyenne des 12 derniers mois). Cette modulation des assiettes peut ne concerner que certaines des garanties du régime de protection sociale complémentaire.

Exemple :

Pour un régime de remboursement de frais de santé des salariés, les contributions sont calculées sur une base forfaitaire égale au plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans ce cas, l'assiette de calcul des cotisations au titre d'un salarié placé en activité partielle, en congé de reclassement ou en congé de mobilité, reste inchangée pour la période concernée.

Exemple :

Pour un régime de prévoyance d'une entreprise, les contributions afférentes aux garanties décès, invalidité et incapacité de travail sont calculées sur la base de la rémunération des salariés soumise aux cotisations de sécurité sociale. L'accord d'entreprise qui a institué ces garanties peut prévoir que pour les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée :

- Les cotisations et prestations afférentes aux garanties décès et invalidité restent calculées sur la base de l'assiette précitée (reconstitution de la rémunération des salariés soumise à cotisations de sécurité sociale sur la base de la moyenne des 12 derniers mois) ;
- Les cotisations et prestations afférentes aux garanties d'incapacité de travail sont calculées sur la base de l'indemnisation d'activité partielle.

Exemple :

Pour un régime de prévoyance d'une entreprise, les cotisations et prestations sont calculées sur la base de la rémunération des salariés soumise aux cotisations de sécurité sociale. Un salarié est placé en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, avec interruption totale de l'activité à compter du 16 mars 2021.

Dans ce cas, la cotisation due au titre du mois de mars est ainsi reconstituée :

- Au titre de la période du 1er au 15 mars, est appliquée l'assiette de calcul prévue par l'acte instaurant les garanties dans l'entreprise ;
- Au titre de la période du 16 au 31 mars, les cotisations sont assises sur l'indemnité d'activité partielle perçue par le salarié, complétée, le cas échéant, du complément employeur.

Exemple :

Pour un régime de prévoyance d'une entreprise, les cotisations et prestations sont calculées sur la base de la rémunération des salariés soumise à cotisations de sécurité sociale. Un salarié travaillant habituellement du lundi au vendredi est placé en activité partielle ou en activité partielle de longue durée à hauteur de 3 jours par semaine à compter du 16 mars 2021 (lundi, mardi et vendredi). Dans ce cas, la cotisation due au titre du mois de mars est ainsi reconstituée :

- Au titre de la période du 1er au 15 mars, application de l'assiette de calcul prévue par l'acte instaurant les garanties dans l'entreprise (rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale) ;
- Au titre de la période du 16 au 31 mars, les cotisations sont assises sur l'indemnité d'activité partielle complétée, le cas échéant, du complément employeur pour les jours pendant lesquels cette indemnité a été perçue par le salarié et sur la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale pour les jours où le salarié a été en activité.

Une décision unilatérale de l'employeur (DUE) peut prévoir que les cotisations dues au titre des salariés placés en activité partielle sont calculées sur la base d'une reconstitution de la rémunération mensuelle des salariés soumise à cotisations de sécurité sociale (moyenne des 12 derniers mois).

D- Calcul des limites d'exclusion des contributions

1540 Les contributions des employeurs pour le financement de la prévoyance complémentaire des salariés dont le contrat de travail est suspendu sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale de chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de :

- 6 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- et 1,5 % du montant de l'indemnisation versée par l'employeur pendant la période de suspension du contrat de travail , ou, lorsque les contributions sont calculées sur la base d'une rémunération reconstituée, du montant de cette rémunération.

Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale.

Exemple :

Un salarié perçoit une rémunération soumise à cotisations sociales de 2 000 € par mois pour l'année 2022. Il est placé en activité partielle pour l'intégralité du mois d'avril et reprend son activité le 1er mai. L'assiette de la contribution est le montant de l'indemnité d'activité partielle.

La rémunération à prendre en compte est de $2\,000 \times 11 = 22\,000$ €.

L'indemnité d'activité partielle à prendre en compte est de $2\,000 \times 70\% = 1\,400$ €

Le montant total pour le calcul de la limite de l'exclusion de l'assiette des cotisations est donc de € ($22\,000 + 1\,400$). Cette somme n'intègre aucune contribution de retraite et de prévoyance soumise aux cotisations de sécurité sociale (régime facultatif ou ne présentant pas de caractère collectif).

La somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale (2 468 € en 2022) et de 1,5 % du montant cumulant rémunération et indemnité (351 €) est égale à 2 819 €. Ce montant étant inférieur à 12 % du plafond de la sécurité sociale (4 936 € en 2022), la limite d'exclusion d'assiette applicable au salarié est de 2 819 €.

Exemple :

Un salarié perçoit une rémunération en 2021 soumise à cotisations de 1 800 €/mois. En 2022, sa rémunération mensuelle soumise à cotisations est de 2 000 €. Il est placé en activité partielle pour l'intégralité du mois d'avril et reprend son activité le 1er mai.

La convention collective prévoit que les primes des garanties santé sont calculées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale.

La rémunération à prendre en compte pour les périodes d'activité est de $2\,000 \times 11 = 22\,000$ €

Pour le mois d'avril, la somme à prendre en compte est égale à $(9 \times 1\,800 + 3 \times 2\,000) / 12 = 1\,850$ €.

La montant total pour le calcul de la limite de l'année est de 23 850 €.

La somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale (2 468 €) et de 1,5 % de la rémunération (358 €) est égale à 2 826 €. Ce montant étant inférieur à 12 % du plafond de la sécurité sociale (4 936 €), la limite d'exclusion d'assiette applicable au salarié est de 2 826 €.

Exemple :

Un salarié travaillant 35 heures par semaine, soit 151,67 heures par mois perçoit une rémunération soumise à cotisations de 2 000 €/mois, soit 13,19 € de l'heure. Au mois d'avril, il est placé en activité partielle avec une réduction horaire de 70 %.

Ainsi, sa rémunération pour les heures travaillées sera de $13,19 \times 30\% \times 151,67 = 600$ €. Quelle que soit la rémunération moyenne des 12 mois précédents, il est possible de retenir un montant pour les heures chômées de $13,19 \times 70\% \times 151,67 = 1\,400$ €.

La rémunération à prendre en compte pour le mois d'avril est donc de $1\,400 + 600 = 2\,000$ €.

Le montant total pour le calcul de la limite de l'exclusion de l'assiette des cotisations est donc de $2\,000 \times 12 = 24\,000$ €

La somme de 6 % du plafond de la sécurité sociale (2 468 €) et de 1,5 % de la rémunération (360 €) est égale à 2 828 €. Ce montant étant inférieur à 12 % du plafond de la sécurité sociale (4 936 €), la limite d'exclusion d'assiette applicable au salarié est de 2 828 €.

Section 2 - La période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée

1550 Le bénéfice de l'exclusion d'assiette ne peut être remis en cause au motif que le dispositif n'organiserait pas le maintien des garanties au profit des salariés absents et qui ne bénéficient d'aucune indemnisation. Sont visés ici les salariés absents en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident ou pour des raisons autres que médicales, et dont le contrat de travail est suspendu.

Si l'employeur maintient toutefois les garanties, le caractère collectif n'est pas remis en cause.

1560 Lorsque les garanties de protection sociale complémentaire et la contribution de l'employeur sont maintenues, il y a lieu, pour pouvoir déterminer la limite d'exonération, de reconstituer une rémunération.



1570

Par mesure de simplification, la rémunération mensuelle à prendre en compte pour la détermination de l'assiette et le calcul de la limite d'exonération est égale au montant moyen des rémunérations perçues au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la période de congé. Si l'assiette des cotisations et prestations du régime est calculée sur une base forfaitaire sans lien avec le montant des rémunérations perçues, cette assiette continue à s'appliquer.

1580

Remarque

La couverture décès doit inclure une clause de maintien de la garantie décès en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

 Texte de référence : [article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques](#) 

Mis à jour le 30/03/2022